

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

2º ANO DO CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

**DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM DOENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA
IMPLICAÇÕES NA ADESÃO À OXIGENOTERAPIA DE LONGA DURAÇÃO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**DISSERTAÇÃO ACADÉMICA ORIENTADA PELA PROF^a DOUTORA TERESA RODRIGUES
E CO-ORIENTADA PELA PROF^a DOUTORA MARTA DRUMMOND**

PATRÍCIA SOFIA CALDEIRA MOTA

PORTO | 2013

“Our greatest glory is not in never falling, but in rising up every time we fall.”

Confúcio

AGRADECIMENTOS

O término de um trabalho é frequentemente acompanhado por um momento de introspeção, no qual fazemos o balanço entre o ponto de partida e a meta que alcançamos. Olhando para trás é correto dizer-se que este projeto foi uma verdadeira odisséia, que me instigou a ir mais longe, a ultrapassar desafio atrás de desafio, a errar e, acima de tudo, a crescer.

No entanto, estas grandes conquistas não teriam sido possíveis sem o apoio de algumas pessoas, às quais sinto a necessidade de expressar a minha gratidão por me apoiarem na conclusão de mais uma etapa da minha vida:

À Prof^a Doutora Teresa Rodrigues, por toda a orientação e flexibilidade para se enquadrar na minha agenda atribulada;

Ao Prof. Doutor Wilson Abreu, por toda a paciência e amizade que me ajudaram a querer continuar, mesmo quando todas as hipóteses previam uma série de contrariedades;

Ao Prof. Doutor Agostinho Marques, presidente da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e diretor do Serviço de Pneumologia do Hospital de S. João, por ser um exemplo de perseverança, confiança e dedicação, por toda a amizade e orientação, por me instigar a ser melhor todos os dias e por acreditar em mim;

Ao Prof. Doutor João Carlos Winck e à Prof^a Doutora Marta Drummond, por todo o suporte e dedicação à realização deste projeto;

À Dra. Patrícia Mota e à Dra. Mafalda Vanzeller, por me ajudarem a encontrar as soluções para problemas que pareciam intransponíveis;

Ao Sr. Pedro Brito, da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de S. João, por toda a paciência e boa disposição com que respondeu aos meus inúmeros contatos e pedidos de ajuda;

Ao Dr. Rui Rocha, diretor do Serviço de Aprovisionamento do Hospital de S. João, e à sua equipa, por me terem recebido tão prontamente e com tamanha simpatia e boa vontade que me permitiram “sentir em casa” e, desta forma, aceder rapidamente à informação que necessitava;

Ao Sr. Pedro Galão, secretário clínico do Serviço de Pneumologia do Hospital de S. João, por todo o trabalho extraordinário que teve, sem o qual não seria possível o contato com os doentes;

A toda a equipa de profissionais do Serviço de Pneumologia, por todas as sugestões, palavras de apoio e de incentivo que me ajudaram a seguir em frente;

A todos os colegas e amigos, pela partilha, por todo o discurso motivacional e por todos os momentos em que me obrigaram a parar e realinhar;

Por fim, uma nota muito especial à minha família, por todo o apoio incondicional, por todas as “horas extra” e por toda a paciência nestes últimos três anos pautados por tantos desafios.

A todos, o meu mais profundo e sincero agradecimento!

SIGLAS E ABREVIATURAS

DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
OLD	Oxigenoterapia de Longa Duração
ESEP	Escola Superior de Enfermagem do Porto
CES	Comissão de Ética para a Saúde
GOLD	<i>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease</i>
CAT	<i>COPD Assessment Test</i>
MMRC	<i>Breathlessness impairment Measurement using the Modified British Medical Research Council Questionnaire</i>
CCQ	<i>Clinical COPD Questionnaire</i>
DALY	<i>Disability Adjusted Life Years</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
CIPE	<i>Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem</i>
ICN	<i>International Council of Nurses</i>
CID-10	<i>Classificação Internacional das Doenças, versão 10</i>
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
SF 36	<i>Short Form 36</i>
EADH	<i>Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar</i>
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
OMS	<i>Organização Mundial de Saúde</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	19
PARTE I - DPOC, DEPRESSÃO, ANSIEDADE E QUALIDADE DE VIDA	23
1. DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA (DPOC).....	25
1.1. FISIOPATOLOGIA, DIAGNÓSTICO E OPÇÕES TERAPÊUTICAS	26
1.1.1. <i>Oxigenoterapia de Longa Duração (OLD)</i>	30
2. DEPRESSÃO E ANSIEDADE	33
2.1. DEPRESSÃO E ANSIEDADE NO DOENTE COM DPOC	35
3. QUALIDADE DE VIDA	39
3.1. QUALIDADE DE VIDA NO DOENTE COM DPOC	41
4. ENFERMEIRO DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA NA DPOC.....	43
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	47
1. PROBLEMÁTICA DE INVESTIGAÇÃO	49
2. METODOLOGIA	53
2.1. TIPO DE ESTUDO	53
2.2. VARIÁVEIS DO ESTUDO	54
2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA	54
2.3.1. <i>Caracterização da Amostra</i>	56
2.4. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	59
2.4.1. <i>Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar</i>	59
2.4.2. <i>SF 36</i>	61
2.5. PROCEDIMENTO E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	64
2.6. ANÁLISE DOS DADOS.....	65
3. RESULTADOS	67
3.1. DEPRESSÃO E ANSIEDADE DOS DOENTES COM DPOC A FAZER OLD.....	67

3.2. DEPRESSÃO E A ANSIEDADE E AS VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS DO DOENTE COM DPOC E OLD.....	68
3.3. DEPRESSÃO E A ANSIEDADE E A ADESAO DO DOENTE À OLD	69
3.4. DEPRESSÃO, ANSIEDADE E A QUALIDADE DE VIDA DO DOENTE COM DPOC E OLD	70
4. DISCUSSÃO	73
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS	89
ANEXO I - Questionário Para Recolha De Dados	91
ANEXO II - Autorização Dos Autores Para A Utilização Dos Instrumentos Psicométricos	101
ANEXO III - Parecer Favorável Da CES: Projeto De Investigação	105
ANEXO IV - Parecer Da CES: Adenda Do Projeto.....	111
ANEXO V - Guião Para Entrevista Telefónica.....	115
ANEXO VI - Folheto De Informação Ao Participante	117
ANEXO VII - Consentimento Informado	121

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo a idade, escolaridade, sexo e estado civil	56
Tabela 2 - Caracterização da amostra quanto à Situação Laboral	57
Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo as variáveis de tratamento ..	57
Tabela 4 - Fidelidade da HADS.....	60
Tabela 5 - Fidelidade da SF-36	63
Tabela 6 - Prevalência de Depressão e Ansiedade	67
Tabela 7 - Relação entre a Depressão e Ansiedade e as variáveis psicossociais.....	68
Tabela 8 - Relação entre a Depressão e a Ansiedade e a adesão à OLD.....	69
Tabela 9 - Relação entre a Depressão e a Qualidade de Vida.....	70
Tabela 10 - Relação entre a Ansiedade e a Qualidade de Vida	71
Tabela 11 - Prevalência de Depressão e Ansiedade: Comparação com a fundamentação científica	73

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Avaliação Multifatorial da DPOC (adaptado de GOLD 2013)	28
Figura 2 - Seleção da Amostra.....	55

RESUMO

Depressão e Ansiedade em doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica: Implicações na adesão à Oxigenoterapia de Longa Duração

A DPOC é uma patologia que afeta cerca de 210 milhões de indivíduos em todo o mundo e cuja expressão tem vindo a aumentar. Em Portugal estima-se uma prevalência de 14,2% em indivíduos com mais de 40 anos (Bárbara *et al.*, 2013). A depressão e a ansiedade são duas das comorbilidades mais frequentes da DPOC e simultaneamente das mais subdiagnosticadas e subtratadas (Cafarella *et al.*, 2013; Maurer *et al.*, 2008). Com a progressão da doença, uma das opções terapêuticas passa pelo recurso à OLD, o que aumenta a sua sobrevida (Medical Research Council Working Party, 1981; Nocturnal Oxygen Therapy Trial Group, 1980).

Este projeto procura descrever a depressão e a ansiedade em doentes com DPOC sob OLD e analisar a sua relação com as variáveis psicossociais, adesão à OLD e qualidade de vida.

Foi realizado um estudo exploratório, descritivo e transversal num paradigma quantitativo, em doentes com DPOC com OLD prescrita entre a 1 de Janeiro e 15 de Maio, de um hospital de nível IV da cidade do Porto. Trata-se de uma amostra de conveniência, tendo sido incluídos 17 indivíduos de forma sequencial, constituída essencialmente por indivíduos do sexo masculino (76,5%), com 73,7 anos em média (DP=11,5), 52,9% casados e 88,2% com quatro ou menos anos de escolaridade.

Em contexto domiciliário, foi aplicado pelo investigador principal um questionário para recolha de dados referentes às variáveis psicossociais, HADS e SF-36.

Foram tidos em conta os procedimentos éticos no decorrer do projeto de investigação.

Verificou-se existir uma prevalência de 70,6% de depressão e 41,2% de ansiedade.

Na relação entre depressão e ansiedade e as variáveis psicossociais verificou-se uma maior prevalência de depressão nas mulheres (75%) e uma maior prevalência de ansiedade nos homens (53,8%), que a escolaridade não parece influenciar estas variáveis e que, quanto ao estado civil, os indivíduos solteiros e divorciados têm uma a prevalência de depressão e ansiedade igual (50% e 100% respetivamente), já nos indivíduos casados e viúvos há um maior predomínio de depressão do que de ansiedade (66,7% vs. 44% e 80% vs. 20% respetivamente).

57% dos doentes que apresentavam ansiedade e 50% dos doentes com depressão não aderiam à OLD (sem significado estatístico).

Existe uma relação inversa entre a depressão e a ansiedade e a qualidade de vida. Os doentes com depressão e ansiedade apresentam medianas mais baixas em todas as subescalas da SF-36.

Conclui-se que há elevada prevalência de depressão e ansiedade na amostra em estudo, bem como uma taxa elevada de baixa adesão à OLD. A relação entre a Depressão e Ansiedade e a adesão à OLD são o inverso do que se previa após a revisão bibliográfica e a análise da relação entre a depressão e a ansiedade e a qualidade de vida dos doentes espelham uma relação clara entre estas variáveis e a diminuição da qualidade de vida dos doentes com DPOC e OLD prescrita.

Palavras-Chave: DPOC, Depressão, Ansiedade, OLD, Qualidade de Vida

ABSTRACT

Depression and Anxiety in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Implications for Long Term Oxygen Therapy adherence

COPD affects approximately 210 million individuals worldwide and whose expression has been increasing. In Portugal, the estimated prevalence of COPD is around 14.2% in subjects over 40 years (Barbara *et al.*, 2013). Depression and anxiety are two of the most common COPD comorbidities and simultaneously the most underdiagnosed and undertreated (Cafarella *et al.*, 2013; Maurer *et al.*, 2008). With the progression of the disease, one of the therapeutic options passes is LTOT, which increases patients survival (Medical Research Council Working Party, 1981; Nocturnal Oxygen Therapy Trial Group, 1980).

This project seeks to describe depression and anxiety in patients with COPD under LTOT and analyze their relationship with psychosocial variables, LTOT adherence and quality of life.

We conducted an exploratory, descriptive and cross-sectional study, within a quantitative paradigm, in COPD patients with LTOT prescribed between January 1st and May 15th, in a level IV hospital from Porto. This is a convenience sample, 17 individuals have been included sequentially, the sample consists mainly of males (72%), with 71 years on average (SD = 11), 50% were married and 89% with four or fewer years of schooling.

In domiciliary context, was applied, by the principal investigator, a questionnaire to collect data on psychosocial variables, HADS and SF-36.

Ethical procedures were taken into account during the research project.

It has been found that there is a prevalence of 70.6% patients with depression and 41.2% with anxiety.

In the relationship between depression and anxiety and psychosocial variables there was an higher prevalence of depression among women (75%)

and an higher prevalence of anxiety in men (53.8%), that schooling does not seem to influence these variables and, that regarding the marital status, single and divorced individuals have a prevalence of depression and anxiety equal (50% and 100% respectively), and in married and widowed patients there is an higher prevalence of depression than anxiety (66.7% vs. . and 44% vs. 80%. respectively 20%).

57% of patients who had anxiety and 50% of patients with depression did not adhere to the LTOT (not statistically significant).

There is an inverse relationship between depression and anxiety and quality of life. Patients with depression and anxiety have lower medians in all SF-36's subscales.

We conclude that there is a high prevalence of depression and anxiety in our sample, as well as a high rate of poor LTOT adherence. The relationship between Depression and Anxiety and LTOT adherence are the reverse of what was expected after the literature review and analysis of the relationship between depression and anxiety and quality of life of patients reflect a clear relationship between these variables and decreased quality of life of COPD patients with LTOT prescribed.

Keywords: COPD, Depression, Anxiety, LTOT, Quality of Life

INTRODUÇÃO

A expressão mundial da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) tem vindo a aumentar nos últimos anos, com cerca de 210 milhões de indivíduos com esta patologia em todo o mundo. Muito embora esteja estabelecido com objetivo a diminuição de óbitos provocados pela DPOC (DGS, 2012), estima-se que em 2030 esta seja a terceira causa de morte a nível mundial (WHO, 2008).

Em Portugal, a prevalência da DPOC tem seguido o panorama mundial e atualmente estima-se que afete 14,2% dos indivíduos com mais de 40 anos (Bárbara *et al.*, 2013).

Os custos com os cuidados de saúde dos doentes com DPOC atingem valores muito elevados que advêm principalmente do elevado número de hospitalizações. Nos estudos que têm vindo a ser desenvolvidos verifica-se que os encargos financeiros vão aumentando com a progressão da doença, fundamentalmente como resultado do maior número de internamentos.

A Oxigenoterapia de Longa Duração (OLD) surge como uma opção terapêutica para o doente com DPOC, na medida em que aumenta a sobrevivência (Medical Research Council Working Party, 1981; Nocturnal Oxygen Therapy Trial Group, 1980), mas frequentemente há uma baixa adesão do doente ao regime terapêutico (Drummond *et al.*, 2001).

Muitas hipóteses têm sido levantadas quanto aos motivos por detrás da baixa adesão, entre eles a pouca informação que o doente tem sobre o regime terapêutico e a sua importância (Drummond *et al.*, 2001). No entanto existem outros aspetos, como a depressão e a ansiedade, identificados com frequência nestes doentes (Lewis *et al.*, 2007; Lou *et al.*, 2012; Obradovic *et al.*, 2012;

Willgoss, *et al.*, 2012), que podem surgir como limitações, mas com os quais ainda não se conseguiu estabelecer uma relação direta com a adesão.

A DPOC surge muitas vezes associada a outras patologias, sendo que a depressão e a ansiedade são duas das comorbilidades mais frequentes destes doentes (estando muitas vezes presentes em simultâneo), e cuja prevalência tem vindo a aumentar nos últimos 10 anos (Cafarella *et al.*, 2013; Maurer *et al.*, 2008). O diagnóstico e tratamento destas comorbilidades têm ficado aquém das expectativas e as suas implicações não têm sido estudadas de uma forma sistemática (Maurer *et al.*, 2008; Ng *et al.*, 2007).

As taxas de prevalência de ansiedade e depressão na DPOC estável descritas na literatura são muito variáveis, mas geralmente são mais elevadas do que noutras doenças crónicas (Maurer *et al.*, 2008).

Esta realidade, que tem vindo a ser descortinada, fundamenta a necessidade de uma intervenção centrada na saúde física e psicológica do indivíduo, que assente num paradigma holístico, que por sua vez permita melhorar os cuidados prestados ao doente e diminuir os custos em saúde.

Desta forma, é de extrema importância perceber o impacto do contributo do enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria no acompanhamento do doente com DPOC, de forma a fomentar o bem-estar psicológico do doente ao longo da progressão da doença, tornando-o capaz de gerir os níveis de depressão e ansiedade e como consequência interferir na qualidade de vida do doente.

Assim sendo, no âmbito do 2º ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), a decorrer no ano letivo 2012/2013, e tendo em conta a fundamentação explanada acima, foi tomada a decisão de procurar estudar o doente com DPOC que tem prescrito OLD, centrando-se na seguinte pergunta de partida:

“Que implicações têm a Depressão e a Ansiedade na adesão do doente com DPOC à OLD?”

Para podermos dar resposta à problemática identificada surgem como objetivos descrever a depressão e a ansiedade em doentes com DPOC sob OLD e analisar a sua relação com as variáveis psicossociais, a adesão à OLD e a qualidade de vida.

Dada a natureza da questão de partida a opção metodológica situa-se no paradigma da investigação quantitativa e o estudo é exploratório, descritivo e transversal, uma vez que se pretende obter mais informação sobre a população em estudo, num momento único de avaliação.

Para o desenvolvimento do projeto de investigação será utilizado um instrumento de recolha de dados que compreende três partes: a primeira parte foca-se nas variáveis psicossociais e de tratamento; a segunda parte é constituída por uma escala de avaliação da qualidade de vida; e a escala de avaliação da ansiedade e depressão constitui a terceira parte.

Para a elaboração do presente relatório foram diversas as fontes de informação consultadas, desde livros, trabalhos e artigos científicos disponíveis na biblioteca da ESEP e nas bases de dados, tais como a PubMed®, MedLine® e EBESCO®.

Sob o ponto de vista estrutural, o presente trabalho encontra-se dividido em duas partes principais: o enquadramento concetual e teórico e o estudo empírico.

A primeira parte, “DPOC, Depressão, Ansiedade e Qualidade de Vida”, será dedicada à revisão bibliográfica dos conceitos ao longo de quatro capítulos: no primeiro capítulo procura-se explorar a fisiopatologia, diagnóstico e tratamento da DPOC, com um enfoque na OLD; no segundo capítulo irão ser abordados os conceitos de depressão e ansiedade e a sua realidade nos doentes com DPOC; o conceito de qualidade de vida e de que forma é impactada por esta patologia irá constituir o capítulo três; e por fim, o capítulo quatro, centrar-se-á no papel do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria no acompanhamento a estes doentes.

A segunda parte, dedicada ao estudo empírico, encontra-se dividida em cinco capítulos: no primeiro capítulo pretende-se explorar a problemática de investigação; a metodologia será detalhada no capítulo dois, onde será feita a descrição do tipo de estudo, variáveis em estudo, população e amostra e a respetiva caracterização, os instrumentos de colheita de dados utilizados, o procedimento e análise de dados e as considerações éticas; o terceiro capítulo irá dedicar-se à apresentação dos resultados; no quarto capítulo pretende-se discutir os resultados encontrados; e por fim, no capítulo cinco serão feitas as considerações finais, decorrentes do projeto de investigação.

Por último, serão mencionadas as referências bibliográficas utilizadas para a elaboração do trabalho de dissertação.

PARTE I - DPOC, DEPRESSÃO, ANSIEDADE E QUALIDADE DE VIDA

1. DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA (DPOC)

O impacto da DPOC tem vindo a aumentar significativamente ao longo dos anos, sendo considerada uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo, estimando-se que em 2030 se torne a 3ª causa de morte a nível mundial (*World Health Statistics*; Geneva, WHO, 2008 cit. por Direção Geral de Saúde, 2012). Em Portugal a prevalência atinge os 14,2% e classifica-se a DPOC como a 5ª causa de morte (Bárbara *et al.*, 2013; Fundação do Pulmão, 2012), sendo responsável por 61% do total dos DALY (*disability adjusted life years*) gerados por incapacidade nas doenças relacionadas com o tabagismo (Borges *et al.*, 2009).

Os custos com os cuidados de saúde dos doentes com DPOC atingem valores muito elevados que advêm principalmente do elevado número de hospitalizações. No estudo desenvolvido em 2006 pelo Hospital de Santa Marta (DGS, 2010), no qual foram incluídos 97 doentes, apurou-se que, dos 3676€ de custos médicos médios por doente, os internamentos são responsáveis por 53,5% desse valor.

Estes encargos financeiros vão aumentando com a progressão da doença, fundamentalmente como resultado do maior número de internamentos, o que aumenta a necessidade de um modelo de cuidados que tenha em conta o doente com DPOC numa perspetiva holística e que nos permita simultaneamente melhorar os cuidados prestados ao doente e diminuir os custos em saúde.

A DPOC caracteriza-se por uma limitação ao fluxo de ar, persistente e progressiva e está associada a uma resposta inflamatória dos brônquios e pulmões a partículas ou gases nocivos. A resposta inflamatória induz a destruição do parênquima, resultando em enfisema, e a disrupção dos

mecanismos fisiológicos de defesa e reparação, originando fibrose das pequenas vias aéreas. Estas alterações patológicas das vias aéreas resultam em *air trapping*¹ e limitação progressiva do fluxo de ar (GOLD, 2013).

Embora o fumo do tabaco seja o fator de risco da DPOC mais estudado, não é certamente o único, uma vez que indivíduos sem história de tabagismo podem desenvolver esta patologia (Behrendt, 2005; Celli *et al.*, 2005; Eisner *et al.*, 2010; Lamprecht *et al.*, 2011). Entre os diversos fatores de risco descritos destacam-se o risco genético (Stoller & Aboussouan, 2005; McCloskey *et al.*, 2001), a idade e o género (Mannino *et al.*, 2002), o estatuto sócio-económico (Prescott, Lange & Vestbo, 1999) e a exposição a partículas nocivas inaladas (Hnizo *et al.*, 2004; Matheson *et al.*, 2005; Trupin *et al.*, 2003).

Nos últimos anos tem-se verificado uma preocupação crescente com esta patologia, na medida em que, tanto a nível nacional, como a nível internacional, as atualizações frequentes das recomendações espelham a necessidade do diagnóstico precoce e do tratamento personalizado, centrado no doente e na sua individualidade.

Neste capítulo pretende-se fazer uma contextualização sobre a DPOC quanto à fisiopatologia, diagnóstico e opções terapêuticas, sendo que no último ponto se irá dar um maior relevo à OLD.

2.2. FISIOPATOLOGIA, DIAGNÓSTICO E OPÇÕES TERAPÊUTICAS

A DPOC é uma patologia com etiologia multifatorial, em que a patogénese assenta sobretudo numa resposta celular que induz alterações fisiopatológicas (Bárbara, 2005; Braman, 2009; GOLD, 2013; Helmersen *et al.*, 2002; MacNee, 2006; Rodrigues, 2004; Senior & Atkinson, 2008).

¹ Retenção do ar nos pulmões, verificando-se um aumento do volume residual, da capacidade funcional residual, em alguns casos aumento da capacidade pulmonar total e diminuição da capacidade inspiratória (Matos, Cardoso & Melo, 2005).

A resposta inflamatória celular é caracterizada pela presença numa larga escala de: neutrófilos nas secreções brônquicas; macrófagos nas vias aéreas, parênquima pulmonar e lavado broncoalveolar; linfócitos T nas vias aéreas e parênquima pulmonar; linfócitos B nas vias aéreas periféricas e folículos linfáticos; e eosinófilos nas secreções brônquicas e nas paredes das vias aéreas (Bárbara, 2005; Braman, 2009; GOLD, 2013; Helmersen *et al.*, 2002; MacNee, 2006; Rodrigues, 2004; Senior & Atkinson, 2008).

No que diz respeito às consequências da resposta inflamatória, podemos considerar seis alterações fisiopatológicas: hipersecreção de muco, remodelação das vias aéreas, limitação dos débitos aéreos, sobrecarga dos músculos respiratórios, alterações na relação ventilação-perfusão e *cor pulmonale*² (Bárbara, 2005; Braman, 2009; GOLD, 2013; Helmersen *et al.*, 2002; MacNee, 2006; Rodrigues, 2004; Senior & Atkinson, 2008).

Deverá considerar-se o diagnóstico de DPOC se, em indivíduos a partir dos 40 anos, estiver presente dispneia persistente e progressiva, que tendencialmente agrava com o exercício físico; tosse crónica, que pode ser intermitente e não produtiva; expectoração crónica; história de exposição a fatores de risco, como o fumo do tabaco e a exposição doméstica/ocupacional a partículas e gases nocivos; e história familiar de DPOC. A confirmação do diagnóstico é possível através da realização da espirometria, em que a presença do $FEV_1/FVC < 70\%$ ³ após broncodilatação confirma uma limitação ao fluxo de ar persistente, compatível com o diagnóstico de DPOC (GOLD, 2013).

A classificação da DPOC assenta num paradigma multifatorial em que se considera o risco do doente, através do grau de obstrução brônquica e da história de exacerbações (número de exacerbações no ano anterior), e a gravidade da sintomatologia. Para a avaliação da sintomatologia as *guidelines* da *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) recomendam a utilização de questionários, tais como o *COPD*⁴ *Assessment Test* (CAT), o

² O *Cor Pulmonale* é caracterizado pelo aumento da pressão na circulação pulmonar, hipertensão pulmonar, hipertrofia do ventrículo direito e insuficiência cardíaca direita (Bárbara, 2005).

³ FEV_1 – Volume Expiratório Forçado ao 1º segundo; FVC – Capacidade Vital Forçada; FEV_1/FVC – índice de Tiffeneau;

⁴ COPD – *Chronic Obstructive Pulmonary Disease*

Breathlessness impairment Measurement using the Modified British Medical Research Council Questionnaire (mMRC) e o Clinical COPD Questionnaire (CCQ), que ajudam na classificação do doente como mais ou menos sintomático (GOLD, 2013).

Assim sendo, segundo o GOLD (2013) podemos considerar quatro subgrupos distintos de doentes: Grupo A - baixo risco e poucos sintomas; Grupo B - baixo risco e muitos sintomas; Grupo C - alto risco e poucos sintomas; e ainda Grupo D - alto risco e muitos sintomas (Fig. 1).

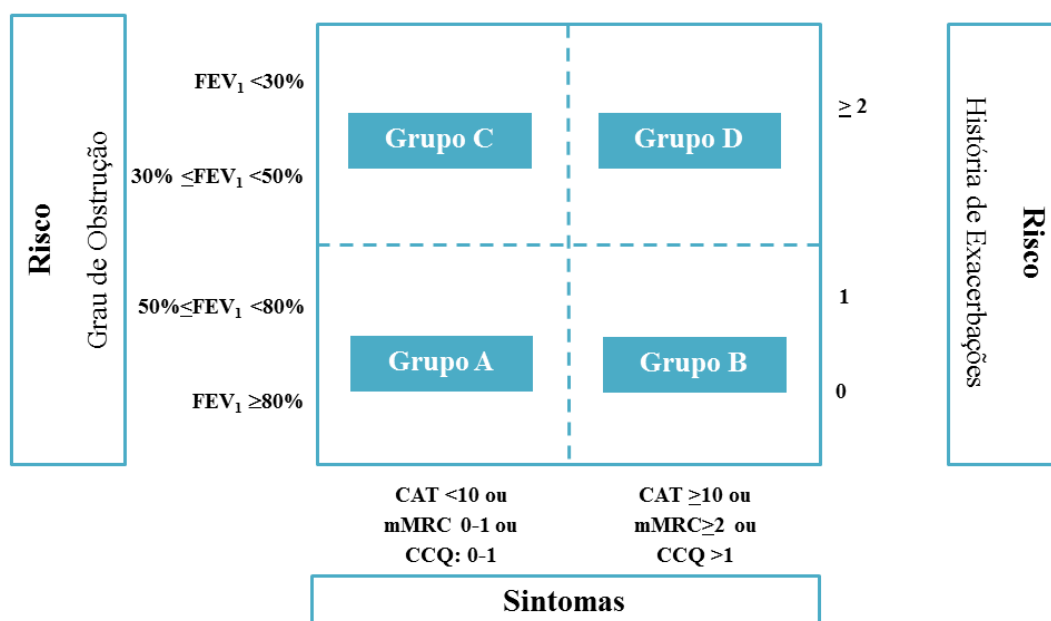


Figura 1 - Avaliação Multifatorial da DPOC (adaptado de GOLD 2013)

O tratamento da DPOC assenta em dois pilares fundamentais: a redução dos sintomas, tendo por base o controlo sintomático, aumento da tolerância ao exercício e melhoria da qualidade de vida; e a diminuição do risco, prevenindo a progressão da doença e as exacerbações e reduzindo a mortalidade (GOLD, 2013). Estão preconizadas intervenções farmacológicas e não farmacológicas, mas o primeiro passo deverá ser a cessação tabágica, uma vez que é a única opção que influencia diretamente a história natural da doença (Anthonisen *et al.*, 1994).

O tratamento não farmacológico dos doentes com DPOC baseia-se em programas de reabilitação pulmonar, que trazem benefícios significativos, quer ao nível da função pulmonar, sintomatologia e qualidade de vida, quer na redução do risco e consequente aumento da sobrevida (Casaburi *et al.*, 2005; Lacasse *et al.*, 1996; Lacasse *et al.*, 2006; Nici *et al.*, 2006; Puhan *et al.*, 2012; Ries *et al.*, 2007).

No que diz respeito ao tratamento farmacológico, o tratamento de base passa pela utilização de broncodilatadores, sendo que os broncodilatadores de longa duração de ação têm demonstrado uma maior eficácia na melhoria da função pulmonar, controlo sintomático, redução do risco, aumento da tolerância ao exercício e melhoria da qualidade de vida quando comparados com os broncodilatadores de curta duração de ação (GOLD, 2013; Beeh & Beier, 2010). De igual forma, a associação de broncodilatadores de classes farmacológicas diferentes apresenta evidência científica do aumento da eficácia sem aumentar o risco para o doente (GOLD, 2013; Cazzola & Molimard, 2010; Mahler *et al.*, 2012).

Outra opção terapêutica é o corticoide inalado, recomendado apenas nos doentes de alto risco que têm duas ou mais exacerbações por ano. O contributo do corticoide inalado na DPOC é pequeno, já que se centra principalmente na redução do risco de exacerbações, não tendo um papel ativo na broncodilatação, e a sua utilização acarreta efeitos secundários, como por exemplo o aumento da taxa de pneumonias e o possível aumento do risco de fraturas (Calverley *et al.*, 2003; Calverley *et al.*, 2007; Calverley *et al.*, 2011; Crim *et al.*, 2009; GOLD, 2013; Niewoehner & Wilt, 2007; Price *et al.*, 2012; Wedzicha *et al.*, 2008).

Em estadios mais avançados da doença, pode ser inclusivamente necessária a utilização de oxigenoterapia de longa duração, que parece estar associada ao aumento da sobrevida dos doentes e que será abordado de seguida (Nocturnal Oxygen Therapy Trial Group, 1980; Medical Research Council Working Party, 1981).

1.1.1 Oxigenoterapia de Longa Duração (OLD)

Desde 1775 que se discutia a possível utilização do oxigénio como uma opção terapêutica, mas foi apenas no século XX que a oxigenoterapia enquanto tratamento para as doenças respiratórias crónicas, entre elas a DPOC, teve um maior impacto (Priestly, 1775 e Barach, 1992, cit. por Drummond *et al.*, 2001).

Surge no início da década de 80 evidência clínica de que a utilização de oxigenoterapia de longa duração não só era uma opção terapêutica válida para os doentes com DPOC, como também tinha um impacto significativo no aumento da sobrevida, melhoria da tolerância ao exercício e da função cognitiva, diminuição da ansiedade e depressão, redução do número e duração de internamentos por agudização, prevenção da progressão da hipertensão pulmonar e regressão da poliglobulia quando utilizado por um período superior a 15h/dia (Nocturnal Oxygen Therapy Trial Group, 1980; Medical Research Council Working Party, 1981).

A Norma de Orientação Clínica da Direção Geral de Saúde sobre a prescrição de oxigenoterapia (DGS, 2011), reflete as recomendações internacionais sobre os critérios a respeitar para a sua prescrição. Assim sendo, nos doentes com insuficiência respiratória crónica estável, a OLD poderá ser prescrita em doentes que apresentem os seguintes valores de gasimetria arterial:

- $Pa\ O_2 \leq 55\text{ mmHg}$;
- $Pa\ O_2$ entre 55 - 60 mmHg, se simultaneamente se verificar *cor pulmonale* crónico, hipertensão da artéria pulmonar e/ou poliglobulia (hematócrito > 55%).

No que diz respeito ao equipamento a utilizar, a escolha deverá ter em conta: os valores de gasimetria arterial; as características do indivíduo (facilidade de utilização do aparelho, idade, mobilidade e capacidade de compreensão do tratamento pelo doente e/ou familiares/cuidadores); condições do domicílio; e débito prescrito (DGS, 2011).

Atualmente, existem três fontes de oxigênio: concentrador, cilindro de oxigênio gasoso e oxigênio líquido.

O concentrador utiliza o ar ambiente para, através de um processo de filtragem, obter um ar fortemente oxigenado (87 a 93%) e sem impurezas, que poderá ser utilizado por doentes com débitos até 4L/min de O₂. A utilização deste equipamento requer uma fonte de energia elétrica, contudo não acarreta para o doente problemas de armazenamento e substituição (DGS, 2011).

O cilindro de oxigênio gasoso é normalmente utilizado como uma fonte de recurso, uma vez que são necessários vários cilindros para o cumprimento de uma terapêutica contínua, visto que a sua capacidade é limitada (os maiores têm uma capacidade que varia entre 4000 a 6000L) (DGS, 2011).

O oxigênio líquido está indicado em doentes que necessitam de elevados débitos de O₂ e/ou em doentes com deambulação diária. Estes dispositivos são constituídos por um reservatório estacionário (com uma autonomia de 4 a 12 dias) e um reservatório portátil para a deambulação (com uma autonomia de cerca de 4h a um débito de 3L/min), podendo ainda apresentar uma válvula “economizadora” (DGS, 2011).

No que diz respeito aos sistemas de fornecimento de oxigênio (*interfaces*) são normalmente considerados as cânulas/óculos nasais ou as máscaras. As cânulas nasais são utilizadas na maioria dos casos, uma vez que, permitem ao doente realizar atividades como falar, alimentar-se, beber, etc., sem terem que interromper a administração de O₂. As máscaras são o recurso utilizado quando são necessários débitos elevados, uma vez que a utilização das cânulas nasais provoca um grau mais elevado de secura das mucosas, no entanto, interferem em grande escala com as atividades de vida diárias (AVD's) e condicionam a interação social do doente (Dias, 1999; DGS, 2011).

A escolha da fonte de O₂ e da *interface* deve então ter em conta as necessidades do doente e garantir o menor desconforto e interferência no seu quotidiano.

2. DEPRESSÃO E ANSIEDADE

Em 2009 a Organização Mundial de Saúde (OMS) apontou a depressão como a principal causa de incapacidade e a quarta a contribuir para os custos globais da doença em 2010, as estimativas apontam que em 2020 a depressão será a segunda causa com maior impacto nos custos da doença em todo o mundo (*World Health Organization*, 2009).

No estudo desenvolvido por Kessler *et al.* (2005) nos Estados Unidos, averiguou-se que as perturbações da ansiedade apresentam uma maior prevalência do que as perturbações do humor (18,1% vs. 9,5%), sendo que a ansiedade generalizada representa 3,1%.

A depressão e a ansiedade ocorrem frequentemente em simultâneo, de facto, esta comorbilidade observa-se em aproximadamente 50% dos indivíduos com estas perturbações (Zimmerman, McDermut & Mattia, 2000).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão 2, a depressão é uma emoção negativa em que estão presentes “*sentimentos de tristeza e melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia*” (ICN, 2011, p.48). Ou seja, esta perturbação do humor apresenta uma série de sintomas físicos e mentais, envolvendo o pensamento, os impulsos e a capacidade crítica, em que quer a duração, quer

a gravidade são variáveis (Wilkinson, Moore & Moore, 2005). A gravidade da depressão depende intimamente de outras condições associadas, como as perturbações da personalidade, perturbações ansiosas, perturbações aditivas e o risco de suicídio (Braconnier, 2007).

A sintomatologia da depressão principiante caracteriza-se pela presença de um conjunto vasto de sinais e sintomas, tais como humor triste persistente, perturbação do sono, perda do interesse ou do prazer pelas suas atividades diárias, diminuição da energia e fadiga, anorexia, diminuição da eficácia, diminuição da concentração, sentimentos de culpa, alteração da função sexual, ansiedade, irritabilidade, agitação e lentificação. Com o agravamento da depressão surgem outros sinais e sintomas como ideação e tentativas de suicídio, delírios/alucinações e recusa em alimentar-se (Wilkinson, Moore & Moore, 2005).

Na 10^a versão da Classificação Internacional das Doenças (CID-10), a depressão está classificada em episódios depressivos (F32) e transtorno depressivo recorrente (F33). O episódio depressivo pode ser: leve (F32.0), em que normalmente estão presentes dois a três dos sintomas identificados acima, que embora provoquem sofrimento, não impossibilitam o doente de realizar as suas AVD's; moderado (F32.1), estando presentes quatro ou mais sintomas e em que já se verifica uma grande dificuldade do indivíduo para manter o seu quotidiano; grave sem sintomas psicóticos (F32.2), no qual se dá um aumento substancial dos sentimentos de culpa e perda de auto-estima, estando muitas vezes presente a ideação suicida; grave com sintomas psicóticos (F32.3), em que cumulativamente surgem as alucinações, delírios, lentidão psicomotora e estupor, de tal forma acentuados que todas as atividades sociais normais se tornam impossíveis, podendo existir o risco de suicídio; outros episódios depressivos (F32.8) e ainda episódio depressivo não especificado (F32.9).

De forma similar, o *Manual de Diagnóstico e Estatística das perturbações* (DSM-IV-R) distingue as perturbações depressivas em Perturbação Depressiva *Major* com um (296.2x) ou vários (296.3) episódios

depressivos *major*, sendo necessário verificar-se a presença de cinco sintomas no mínimo, entre os quais obrigatoriamente se devem encontrar diariamente, por um período mínimo de duas semanas, o humor depressivo ou perda do interesse/prazer; e em Perturbações Distímicas (300.4), em que o humor depressivo está presente, no mínimo, metade dos dias durante 2 anos, associado a dois dos sintomas clássicos como a perturbação do sono, perda de apetite, etc. (APA, 2006).

A ansiedade está associada a “*sentimentos de ameaça, perigo ou angústia*” (ICN, 2011, p.39) e compreende um padrão de comportamentos complexo e variado que surge como resposta interna (cognitiva) ou externa (ao meio) a um estímulo, ou seja, trata-se de uma estratégia de adaptação do organismo a situações de stress, que têm um grande impacto no processo de aprendizagem, refletindo-se na maturação adequada da personalidade do indivíduo (Baptista, 2000; Bernstein, 1981; Fonseca, 1988).

A ansiedade passa a ser patológica, e não adaptativa, quando se trata de uma resposta a uma situação de perigo que não é real, ou quando a duração e intensidade são desproporcionados em relação à situação vivenciada, tendo uma resposta mais acentuada e persistente, dificultando a adaptação do indivíduo e deteriorando o seu rendimento. A ansiedade patológica pode ser exógena ou endógena, consoante sofre ou não da influência dos fatores ambientais (Ruiz, Cuadrado & Rodríguez, 2000).

De seguida, pretende-se explorar a prevalência e repercussões da depressão e ansiedade no caso específico do doente com DPOC.

2.3. DEPRESSÃO E ANSIEDADE NO DOENTE COM DPOC

O *distress* psicológico é uma realidade das patologias crónicas (Holden *et al.*, 2010) e a DPOC não é uma exceção, sendo que a depressão e a ansiedade são duas das comorbilidades mais frequentes destes doentes (estando muitas vezes presentes em simultâneo), cuja prevalência tem vindo a aumentar nos últimos 10 anos (Cafarella *et al.*, 2013; Maurer *et al.*, 2008).

O diagnóstico e tratamento destas comorbilidades têm ficado aquém das expectativas e as suas implicações não têm sido estudadas de uma forma sistemática (Maurer *et al.*, 2008; Ng *et al.*, 2007). Inclusivamente, nos estudos de Kim *et al.* (2000) e Kunik *et al.* (2005) é identificada uma fraca gestão destas problemáticas, uma vez que menos de um terço dos doentes recebia tratamento adequado.

As taxas de prevalência de ansiedade e depressão na DPOC estável divergem significativamente na literatura científica disponível atualmente, mas geralmente é mais elevada do que em outras doenças crónicas avançadas (Maurer *et al.*, 2008). Maurer e colegas (2008) incluíram no seu trabalho uma revisão sistemática de 17 artigos publicados entre 1982-2005 através da qual se conseguiu verificar uma prevalência da depressão na DPOC estável entre 10 e 42% e de ansiedade entre 10 e 19%. Já no trabalho de Solano, Gomes & Higginson (2006) que conta com 64 artigos selecionados de uma pesquisa entre 1966-2004, direcionada para a avaliação de comorbilidades em doentes com patologias em estadios avançados, verifica-se uma prevalência de ansiedade em doentes com DPOC que varia entre os 50 a 75% e de depressão entre os 37 e os 71%.

Entre as publicações mais recentes no que diz respeito à depressão, encontra-se uma meta-análise na qual se comparou a prevalência de depressão entre doentes com DPOC (n= 39587) e sem DPOC (n=39431), tendo-se concluído que os doentes com DPOC têm uma maior prevalência de depressão do que os indivíduos do grupo de controlo (24,6% vs. 11,7%) e que a depressão é mais provável em doentes com patologia avançada (Zhang *et al.*, 2011). Já no que diz respeito à ansiedade, uma meta-análise publicada em 2010, na qual se englobaram 22 estudos publicados entre 1999 e 2009, identificou uma prevalência de sintomatologia ansiosa a variar entre os 6% e os 74% e uma prevalência de ansiedade clínica em doentes com DPOC acima dos 55% (Yohannes, Baldwin & Connolly, 2010).

Também em enfermagem se têm vindo a desenvolver estudos neste sentido, o trabalho mais recente envolveu 255 doentes com DPOC, no qual se

verificou uma prevalência de ansiedade de 36,5% e de depressão de 69% (Karakurt *et al.*, 2013).

O estudo da relação entre a depressão, a ansiedade e a DPOC tem conduzido à criação de vários modelos teóricos que procuram explicar esta relação. Até à data, a investigação científica permite-nos identificar como fatores de risco com evidência consistente para o desenvolvimento de depressão e ansiedade a dispneia grave, a qualidade de vida relacionada com a saúde, verbalização de declínio da capacidade física, OLD, exacerbações agudas, reversibilidade da obstrução brônquica reduzida, viver sozinho/ser solteiro e a falta de suporte familiar (Hanania *et al.*, 2011; Holm *et al.*, 2010; Katz *et al.*, 2010; Maurer *et al.*, 2008; Putman-Casdorph & McCrone, 2009; Schane *et al.*, 2008; van Manen *et al.*, 2002; Zhang *et al.*, 2011). Outros aspetos têm vindo a ser apontados, tais como o FEV₁, baixo índice de massa corporal, outras comorbilidades, idade, sexo, situação socioeconómica e existência de hábitos tabágicos, contudo são ainda associações inconsistentes (Garvey, 2012; Maurer *et al.*, 2008; Putman-Casdorph & McCrone, 2009; Schane *et al.*, 2008; Zhang *et al.*, 2011; van Manen *et al.*, 2002).

A evidência demonstra-nos que existe uma relação clara entre a depressão e a gravidade da doença, sendo que a prevalência de depressão vai aumentando com a progressão da doença (Omachi *et al.*, 2009), os doentes com DPOC grave e depressão têm uma maior probabilidade de experienciar mais exacerbações (Jennings *et al.*, 2009) e readmissões hospitalares (Cao *et al.*, 2006) e ainda ter uma taxa de sobrevida inferior (Ng *et al.*, 2007).

A depressão e ansiedade em doentes com OLD é referida no trabalho de Lewis e colegas (2012), no qual 25% dos doentes com OLD apresentavam ansiedade e 33% apresentavam depressão, tendo sido utilizada a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) para a avaliação.

É fundamental que a abordagem do doente se centre numa perspetiva holística, tendo em conta não só a patologia de base, mas também as comorbilidades. A depressão e ansiedade dos doentes com DPOC não só parece variar de acordo com a gravidade da doença, como, e mais importante

ainda, estar subdiagnosticada e subtratada e a evidência demonstra-nos que existem implicações para o doente, para o seu estado de saúde e para a sua qualidade de vida na medida em que a prevalência de depressão e ansiedade estão relacionadas com a diminuição da adesão ao tratamento, aumento das hospitalizações e com períodos de internamento mais longos, aumento das consultas médicas, diminuição da qualidade de vida e morte prematura (Blumenthal *et al.*, 1982; Bosley *et al.*, 1996; Ciechanowski, Katon & Russo, 2000; Cully *et al.*, 2006; DiMatteo, Lepper & Croghan, 2000; Gudmundson *et al.*, 2005; Katon, 2003; Kunik *et al.*, 2005; Lin *et al.*, 2004; Marcus *et al.*, 1992; Yohannes, Baldwin & Connolly, 2003; Yohannes, Baldwin & Connolly, 2005).

Os esforços combinados de uma equipa multidisciplinar, da qual deverá fazer parte o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, com enfoque na saúde física e mental do doente poderão certamente trazer benefícios a todos os níveis.

3. QUALIDADE DE VIDA

A expressão “qualidade de vida” surgiu pela primeira vez em 1920 relacionado com as condições de trabalho e as suas consequências no bem-estar do indivíduo, contudo, as tentativas para avaliar esta medida iniciaram-se apenas 40 anos mais tarde (Pais-Ribeiro, 2007; Wood-Dauphinee & Kuchler, 1992).

No campo da saúde, o conceito de qualidade de vida apresenta uma complexidade acrescida pelo facto de ser necessário incorporar inúmeros aspetos da vida, como tal, ao longo do tempo foram surgindo várias definições para este conceito, nem sempre concordantes entre si (Pais-Ribeiro, 2007).

Em 1993, a Organização Mundial de Saúde definiu o conceito de qualidade de vida como a perceção que o indivíduo tem sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e valores nos quais vive, e sobre os seus objetivos, expetativas, padrões e preocupações. Esta definição espelha o conceito de que quer a qualidade de vida, quer a sua avaliação são subjetivas, na medida em que a qualidade de vida é influenciada pela saúde física, estado psicológico, nível de independência e relações sócio-culturais e a sua avaliação depende em grande medida do contexto sócio-cultural e ambiental no qual o indivíduo se insere (*WHOQOL Group*, 1993; *WHOQOL Group*, 1994; *WHOQOL Group*, 1996).

Parece claro atualmente que a qualidade de vida é um construto multidimensional que engloba fatores emocionais, físicos, sociais e subjetivos de bem-estar que refletem a subjetividade com que os indivíduos percecionam e avaliam a sua saúde e/ou doença e o efeito que estes têm nos

restantes aspetos da sua vida, tais como o trabalho, as relações sociais e as atividades de lazer (Pais-Ribeiro, 2009).

Uma expressão frequentemente utilizada é a “Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde” (no original *Health Related Quality of Life* - HR-QoL) que reflete a qualidade de vida do indivíduo que está dependente ou relacionada com a doença (Pais-Ribeiro, 2009) e que é definida como o impacto que a doença e o tratamento têm no doente (Hermann, 1995).

É indiscutível a importância da avaliação da HR-QoL, na medida em que a HR-QoL assenta em aspetos como as perceções, expectativas, crenças, reações emocionais, etc. e que através da sua avaliação é possível apoiar o indivíduo no desenvolvimento de competências que promovam a melhoria da HR-QoL (Pais-Ribeiro, 2009).

A necessidade de desenvolvimento de medidas de avaliação da qualidade de vida despoletou uma crescente aceitação de que esta deve refletir a perspetiva do doente para além das avaliações médicas objetivas (Pais-Ribeiro, 2007). Esta abordagem permite então uma avaliação da eficácia e custo-eficácia das intervenções que são desenvolvidas e, de igual forma, permite uma comparação da eficácia entre diferentes opções de tratamento (Kolotkin *et al.*, 2001).

Atualmente recomenda-se que a avaliação da qualidade de vida seja feita através de medidas funcionais genéricas, como o *Short Form 36* (SF 36), associado a medidas específicas da doença em estudo, como a avaliação dos sintomas. Complementarmente, propõe-se a utilização de medidas mais genéricas de satisfação com a vida, como o *Personal Wellbeing Index*. Desta forma, torna-se possível fazer uma avaliação global, que abranja diversos aspetos que melhor nos permitem avaliar a qualidade de vida do indivíduo (Pais-Ribeiro, 2009).

Sendo a DPOC uma patologia crónica, em que se verifica um declínio progressivo da função pulmonar e frequentemente associada a uma alta prevalência de comorbilidades, é importante perceber o impacto que poderá ter na qualidade de vida do doente, que iremos explicar de seguida.

3.1. QUALIDADE DE VIDA NO DOENTE COM DPOC

No que diz respeito ao doente com DPOC, têm vindo a ser largamente estudados os fatores que condicionam a sua qualidade de vida, no entanto os fatores preditivos ainda não estão definidos de uma forma consistente (Yohannes *et al.*, 1998).

Sendo a DPOC uma patologia que condiciona largamente o quotidiano do doente, as limitações nas suas AVD's e o seu estado psicológico parecem estar diretamente relacionados com a diminuição da qualidade de vida (Miravittles *et al.*, 2007; Yohannes *et al.*, 1998).

A sintomatologia, como a tosse e a dispneia de esforço, o tempo desde o diagnóstico, a gravidade da doença e a polimedicação surgem como alguns dos fatores com maior impacto na qualidade de vida do doente (Miravittles *et al.*, 2007; Yohannes *et al.*, 1998).

No trabalho de Doll & Miravittles (2005) verificou-se que as exacerbações são outro fator impactante, na medida em que uma maior frequência de exacerbações conduz a uma pior qualidade de vida.

Em suma, o doente com DPOC experiencia uma série de alterações decorrentes da progressão da doença que, com maior ou menor impacto, vão condicionar direta ou indiretamente a qualidade de vida do doente: o declínio da função pulmonar e o aumento da sintomatologia provocam um aumento das limitações do doente e como tal uma diminuição da sua qualidade de vida; os parâmetros clínicos condicionam o estado psicológico do doente, o que, de igual modo, levará a uma diminuição da qualidade de vida.

Como tal, é de extrema importância o acompanhamento do doente com DPOC, promovendo o desenvolvimento de estratégias de *coping* no sentido da promoção da qualidade de vida do doente.

4. ENFERMEIRO DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA NA DPOC

Tradicionalmente, os cuidados de enfermagem assentam num paradigma holístico, que tem em conta a individualidade e crenças de cada indivíduo, com o objetivo de proporcionar uma melhor gestão da doença, promovendo uma transição saudável. O papel do enfermeiro, e em especial do enfermeiro especialista em reabilitação, é largamente associado ao tratamento do doente com DPOC nomeadamente ao nível da melhoria da função pulmonar e da conservação de energia, com evidência dos benefícios que daí resultam para os doentes.

A intervenção do enfermeiro acompanha o doente em todos os estádios da DPOC, desde a sua prevenção até prestação de cuidados de fim de vida (Fletcher & Dahl, 2013). O principal foco de atuação são as intervenções não-farmacológicas, como a cessação tabágica, o aumento da atividade física e a reabilitação pulmonar, associadas com o ensino, treino e a supervisão com o intuito de reduzir a sintomatologia, aumentar a auto-eficácia e, a longo prazo, melhorar a qualidade de vida dos doentes (GOLD, 2013; Fletcher & Dahl, 2013).

Devido à irreversibilidade desta patologia, os cuidados de enfermagem ao doente com DPOC e OLD centram-se essencialmente na promoção e manutenção da independência do doente, na promoção da sua segurança física, na redução da ansiedade e da depressão, no ensino de técnicas de conservação de energia e na promoção da adesão ao regime terapêutico.

Muito embora os benefícios da OLD sejam inegáveis, a necessidade de utilização de oxigénio vai ter um grande impacto na vida do doente e da sua família, já que a sua utilização poderá acarretar algumas dificuldades, na

medida em que, dependendo das *interfaces* utilizadas, a suas AVD's e a sua interação social podem estar limitadas e comprometer o processo de reabilitação (Lacasse, Bernard & Maltais, 2012; Drummond *et al.*, 2001), levando a uma transição que será vivenciada de forma distinta por cada indivíduo.

Schlossberg (1981, cit. por Petronilho, 2007, p.30) refere que uma transição *“ocorre sempre que um acontecimento ou não-acontecimento resulta numa mudança nas concepções acerca de si mesmo e do mundo e requer, desse modo, uma alteração correspondente ao nível dos comportamentos e das relações”*. Por seu lado, Zagonel (1999, p.25) refere que as condições que levam aos processos de transição *“podem gerar instabilidade produzindo efeitos negativos e profundas alterações, passageiras ou permanentes, deixando a sua marca no indivíduo”*. Assim, Chick e Meleis (1986, cit. por Zagonel, 1999, p.26) defendem que os enfermeiros devem tomar uma parte ativa nos processos de transição quando estes *“são pertinentes à saúde ou doença ou quando as respostas à transição são manifestadas nos comportamentos relacionados à saúde”*.

Tendo em conta as limitações associadas, é plausível presumir que a adesão à OLD poderá estar comprometida caso o processo de transição e adaptação à nova condição não se verifique de forma saudável. De facto, num estudo realizado no Hospital de S. João (Drummond *et al.*, 2001), com o objetivo de compreender o panorama da DPOC no que diz respeito aos critérios de prescrição, padrões de controlo utilizados e adesão dos doentes no distrito do Porto, os investigadores concluíram que apenas 10,7% dos doentes cumpriam pelo menos 15h/dia de oxigénio. A utilização de *interfaces* inadequadas, a baixa utilização de oxigénio portátil e ainda a grande lacuna de conhecimentos por parte dos doentes parecem ser alguns dos fatores que conduzem à baixa adesão terapêutica.

A depressão e ansiedade parecem estar igualmente relacionadas, entre outros aspetos, com a diminuição da adesão ao regime terapêutico (Blumenthal *et al.*, 1982; Bosley *et al.*, 1996; Ciechanowski, Katon & Russo, 2000; Cully *et al.*, 2006; DiMatteo, Lepper & Croghan, 2000; Gudmundson *et*

al., 2005; Katon, 2003; Kunik *et al.*, 2005; Lin *et al.*, 2004; Marcus *et al.*, 1992; Yohannes, Baldwin & Connolly, 2003; Yohannes, Baldwin & Connolly, 2005), tornando-se evidente que a intervenção por parte do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria é fundamental, para que seja possível apoiar o doente no processo de transição de forma a promover a sua adesão ao regime terapêutico.

Os ensaios clínicos que têm sido desenvolvidos demonstram que a intervenção do enfermeiro junto do doente com DPOC melhora significativamente diversos aspetos, tais como a frequência das exacerbações, a qualidade de vida relacionada com a saúde, o rendimento físico, o prolongamento do tempo até à readmissão hospitalar e até à morte e o recurso a consultas não programadas (Sridhar *et al.*, 2008; Wood-Baker *et al.*, 2012; Zakrisson *et al.*, 2011).

Num estudo desenvolvido por Ingadottir e Jonsdottir (2010), no qual a intervenção dos enfermeiros era dirigida quer para o doente, quer para a sua família, foram definidos focos de atenção principais, nos quais foram incluídos a ansiedade e depressão. Os resultados foram muito positivos, sendo que a melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde atingiu inclusivamente uma melhoria clinicamente significativa.

As evidências decorrentes da investigação em enfermagem reforçam-nos quer o papel fundamental que o enfermeiro pode desempenhar junto destes doentes, quer que a ansiedade e depressão são comorbilidades prevalentes que não devem ser negligenciadas.

Assim sendo, conseguimos perceber que há lugar para a intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria na abordagem ao doente com DPOC e mais do que isso, as taxas de subdiagnóstico e subtratamento, bem como as consequências que advêm destas condições, advogam a importância de uma intervenção estruturada que vise o acompanhamento do doente desde o diagnóstico até ao fim de vida, promovendo a aceitação e comportamentos facilitadores do processo de transição, bem como estratégias de *coping* para gestão da depressão e

ansiedade, que conseqüentemente têm impacto na qualidade de vida do indivíduo e da sua família.

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

1. PROBLEMÁTICA DE INVESTIGAÇÃO

Através da pesquisa que se efetuou consegue perceber-se que o impacto da DPOC tem vindo a aumentar consideravelmente, sendo uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo, com custos estimados em 38,7 biliões de euros em 2000 na Europa, o que representa 55% do custo total das doenças respiratórias e 35 a 45% dos custos totais de saúde *per capita* (Annesi-Maesano, 2006; Cazzola, Donner & Hanania, 2007).

Simultaneamente, a evidência demonstra-nos que a depressão e a ansiedade são comorbilidades *major* da DPOC que têm um prognóstico pouco favorável para o doente (Hanania *et al.*, 2011; Kunik *et al.*, 2005; Ng *et al.*, 2007; Maurer *et al.*, 2008; Eisner *et al.*, 2010) e que parecem estar associadas a uma baixa adesão ao regime terapêutico (Blumenthal *et al.*, 1982; Bosley *et al.*, 1996; Ciechanowski, Katon & Russo, 2000; Cully *et al.*, 2006; DiMatteo, Lepper & Croghan, 2000; Gudmundson *et al.*, 2005; Katon, 2003; Kunik *et al.*, 2005; Lin *et al.*, 2004; Marcus *et al.*, 1992; Yohannes, Baldwin & Connolly, 2003; Yohannes, Baldwin & Connolly, 2005), ou seja, podem condicionar o cumprimento da OLD.

A formulação da problemática da investigação é difícil, e deve centrar-se numa situação que necessite esclarecimento sobre o fenómeno observado (Vilelas, 2009), como é o caso do impacto da ansiedade e depressão, características do doente com DPOC, na adesão à OLD.

A melhor forma de começar um projeto de investigação é definindo uma pergunta de partida, através da qual o investigador tenta exprimir o que pretende saber, criando um fio condutor para a investigação a que se propôs. Para a sua criação deve respeitar três aspetos fundamentais: clareza, exequibilidade e pertinência (Quivy & Campenhoudt, 2008).

Atendendo a essas premissas, surge a seguinte questão de partida:

“Que implicações têm a Depressão e a Ansiedade na adesão do doente com DPOC à OLD?”

A identificação dos objetivos e das questões de investigação derivam naturalmente do problema que o investigador se propõe estudar, sendo, na sua base, a descrição, explicação ou predição do objeto de estudo (Fortin, Côté & Fillion, 2009).

Segundo Imperatori e Giraldes (cit. por Tavares, 1992, p. 133), *“o objetivo é um enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível da evolução de um problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto, mensuráveis a médio prazo”*.

No seguimento da problemática de investigação identificada acima, surgem como objetivos:

- Descrever a depressão e a ansiedade em doentes com DPOC a fazer OLD;
- Analisar a relação entre a depressão e a ansiedade e as variáveis psicossociais no doente com DPOC e OLD;
- Analisar a relação entre a depressão e a ansiedade e a adesão do doente à OLD;
- Analisar a relação entre a depressão, a ansiedade e a qualidade de vida do doente.

As questões de investigação derivam diretamente dos objetivos e explanam com exatidão o conhecimento que o investigador pretende adquirir através do processo de investigação (Fortin, Côté & Fillion, 2009).

Assim sendo, e tendo por base os objetivos do estudo enumerados acima, surgem as seguintes questões de investigação:

- Qual a prevalência de depressão e ansiedade dos doentes com DPOC a fazer OLD?

- Que relação existe entre a depressão e a ansiedade e as variáveis psicossociais no doente com DPOC e OLD?
- Qual a relação entre a depressão e a ansiedade e a adesão do doente à OLD?
- Qual a relação entre a depressão, a ansiedade e a qualidade de vida do doente com DPOC e OLD?

2. METODOLOGIA

A metodologia da investigação sustenta-se num processo racional e num conjunto de diferentes meios ou técnicas para a realização da investigação (Fortin, Côté & Filion, 2009). Como tal, ao longo deste capítulo serão devidamente explanados o tipo de estudo, as variáveis do estudo, a população e amostra e os instrumentos utilizados para a recolha de dados, procedimento, considerações éticas e análise de dados.

2.1. TIPO DE ESTUDO

No que concerne ao tipo de investigação, este estudo é exploratório, descritivo e transversal num paradigma quantitativo.

Trata-se de um estudo descritivo, procurando-se obter mais informação sobre a população em estudo (Pais-Ribeiro, 2010), uma vez que muito embora a depressão e ansiedade tenham sido largamente estudadas no doente com DPOC, o estudo da sua prevalência nos doentes que fazem OLD está fracamente descrita, tendo sido encontrado apenas um estudo e que não traduz a realidade portuguesa. Como a avaliação será feita apenas num único momento, trata-se de um estudo transversal (Pais-Ribeiro, 2010).

Tendo em conta os objetivos traçados para este projeto de investigação, a metodologia que melhor responde às necessidades é o paradigma quantitativo, uma vez que está direcionado para a obtenção de resultados e para a sua generalização (Fortin, Côté & Filion, 2009).

2.2. VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis definidas para o estudo procuraram, por um lado, permitir uma boa caracterização da amostra, e por outro lado, perceber qual a relação entre as variáveis principais e secundárias.

No presente estudo, definiu-se como variável principal a “Depressão e Ansiedade”, pretendendo-se avaliar a sua relação com as seguintes variáveis secundárias:

- Secundárias:
 - Adesão à OLD (considera-se que existe adesão à OLD sempre que o doente cumpra a prescrição médica - ≥ 15 h diariamente);
 - Psicossociais: idade, género, profissão, escolaridade, estado civil
 - Clínicas: tipo de OLD, tipo de dispositivos/interface utilizado, contexto de prescrição (SU, internamento, consulta externa);
 - Qualidade de Vida avaliada pela SF-36, englobando as dimensões da função física, desempenho físico, dor física e saúde em geral, saúde mental, desempenho emocional, função social e vitalidade.

3.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Doentes com DPOC e OLD prescrita desde Janeiro de 2013 em contexto de consulta, internamento ou serviço de urgência de um hospital de nível 4 da cidade do Porto. A amostra será de conveniência tendo em conta a dificuldade de acesso a estes doentes em tão curto espaço de tempo.

Tendo por base os objetivos do estudo, a amostra constitui-se num grupo de indivíduos com DPOC, que reúnem os seguintes critérios de inclusão:

- Utentes de 1 hospital de nível IV da cidade do Porto;

- Prescrição de OLD entre 1 de Janeiro e 15 de Maio de 2013;
- Diagnóstico clínico de DPOC;
- Reunirem competências cognitivas para responder ao questionário;
- Aceitarem participar no estudo.

Foram identificados 181 utentes com OLD prescrita desde Janeiro de 2013 até 15 de Maio de 2013. A avaliação inicial demonstrou que destes, 35 eram doentes com diagnóstico de DPOC (Fig. 2).

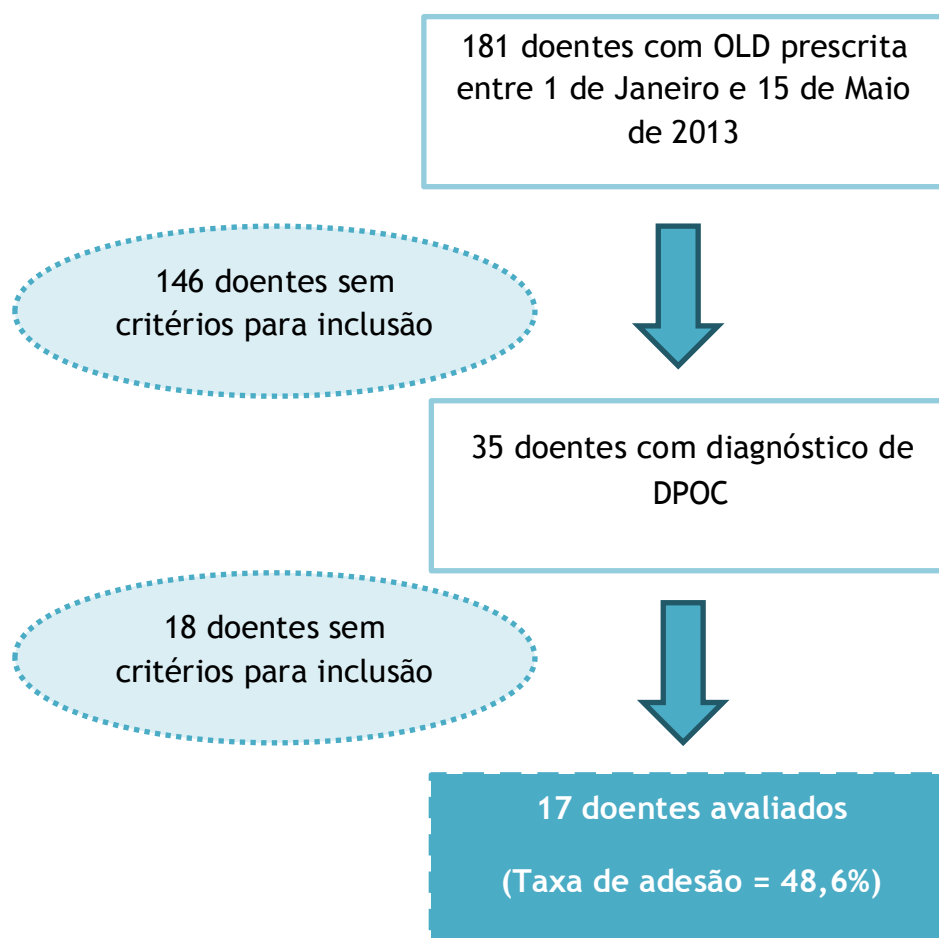


Figura 2 - Seleção da Amostra

Foi feita a tentativa de contato à totalidade da população, sendo que 18 dos utentes não atenderam/contato telefónico incorreto, não aceitaram participar no estudo ou não cumpriam os critérios de inclusão.

A recolha de dados foi realizada de forma sequencial (amostragem sequencial) em contexto de visita  o domicili  ria pelo investigador principal aos 17 utentes que aceitaram participar no estudo.

3.3.1 Caracteriza  o da Amostra

De seguida ser   apresentada a caracteriza  o da amostra, focando-se nos dados relativos   s vari  veis psicossociais e de tratamento.

Tabela 1 - Carateriza  o da amostra segundo a idade, escolaridade, sexo e estado civil

N=17	M	DP	Min	P25	Mediana	P75	Max
Idade	73,7	11,5	56,0	64,0	72,0	82,0	91,0
Escolaridade							n(%)
0							4 (23,5)
3							2 (11,8)
4							9 (52,9)
6							1 (5,9)
Licenciatura							1 (5,9)
Sexo							n (%)
Feminino							4 (23,5)
Masculino							13 (76,5)
Estado Civil							n (%)
Solteiro							2 (11,8)
Casado							9 (52,9)
Viúvo							5 (29,4)
Divorciado							1 (5,9)

Os 17 utentes avaliados apresentaram idades compreendidas entre os 56 e os 91 anos, com uma m  dia de 73,7 anos (DP=11,5). Quanto    *escolaridade*, 23,5% dos utentes entrevistados n  o tiveram qualquer forma  o

académica, 64,7% frequentaram até ao 3º ou 4º ano, 5,9% concluíram o 6º ano e 5,9% completaram a licenciatura.

No que diz respeito à variável *sexo*, a amostra é constituída por 4 indivíduos do sexo feminino (23,5%) e 13 indivíduos (76,5%) do sexo masculino.

Relativamente ao *estado civil*, 9 utentes são casados (52,9%), 5 (29,4%) viúvos, 2 (11,8%) solteiros e 1 (5,9%) divorciados.

Tabela 2 - Caracterização da amostra quanto à Situação Laboral

N=17	n (%)
Situação Laboral	
Reformado	16 (94,1%)
Trabalhador Ativo	1 (5,9%)

A situação laboral da amostra em estudo é detalhada na tabela 2, verificando-se que a grande maioria da amostra é constituída por indivíduos reformados (94,1%).

Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo as variáveis de tratamento

N=17	N (%)
Tipo de OLD	
Líquido	7 (41,2)
Gasoso	7 (41,2)
Concentrador	3 (17,6)
Tipo de <i>Interface</i>	
Sonda Nasal	16 (94,1)
Máscara Facial	1 (5,9)
Contexto da Prescrição	

Consulta	10 (58,8)
Internamento	6 (35,3)
SU	1 (5,9)
Adesão à OLD	
Não	11 (64,7)
Sim	6 (35,3)

No que diz respeito ao *Tipo de OLD*, 41,2% (7) dos utentes faziam oxigénio líquido, 41,2% (7) oxigénio gasoso e 17,6% (3) oxigénio por concentrador.

Quanto ao *Tipo de Interface*, a sonda nasal é o *interface* mais frequentemente utilizado, representando 94,1% (16) da amostra, e apenas 1 utente (5,9%) utiliza também máscara facial.

Relativamente ao *Contexto de Prescrição*, 58,8% (10) das OLD foram prescritas na consulta, 35,3% (6) no internamento e apenas 5,9% (1) no serviço de urgência.

Quando questionados sobre a *Adesão à OLD*, através do número de horas de OLD cumpridas por dia comparativamente ao número de horas prescritas, 64,7% (11) dos utentes referiram que não aderem ao tratamento e apenas 35,3% (6) responderam afirmativamente.

Uma vez que se trata de uma avaliação subjetiva, poder-se-ia colocar a hipótese dos resultados serem sobrevalorizados, pelo que o doente foi questionado sobre o número de horas de O₂ realizadas por dia e posteriormente foi feita a comparação com o número de horas prescritas através do processo clínico, de forma a minimizar o possível viés.

3.4. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

De forma a facilitar a recolha de dados e de garantir a homogeneidade das questões colocadas aos doentes, optou-se por desenvolver um questionário hétero-preenchido (ANEXO I) dividido em três partes: a primeira parte pressupunha a recolha das variáveis psicossociais e as variáveis clínicas em estudo; a segunda parte continha a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar, validada por Pais Ribeiro em 2006; na terceira parte estavam incluídas as perguntas referentes à escala de avaliação da qualidade de vida, a *Short Form* com 36 itens (SF-36), validada por Pedro Ferreira em 2000.

3.4.1 Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

A escala de ansiedade e depressão hospitalar, na sua versão original *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), foi desenvolvida em 1983 por Snaith e Zigmond com o propósito de ser um meio complementar ao qual os profissionais de saúde poderiam recorrer para a identificação e reconhecimento de componentes emocionais associados à doença física, que pudessem contribuir para o aumento do *distress*, confundindo o diagnóstico e prologando o tempo de recuperação (Pais-Ribeiro, 2007).

A HADS permite-nos avaliar a ansiedade e depressão dos indivíduos, através de um conjunto de questões que se centram nos dias anteriores à avaliação. Muito embora o termo “hospitalar” esteja incluído na denominação da escala, a investigação científica posterior ao seu desenvolvimento veio demonstrar que a HADS é um instrumento igualmente útil no contexto dos cuidados de saúde primários na avaliação de indivíduos com doença física ou como instrumento de rastreio da ansiedade e depressão (Pais-Ribeiro, 2007).

Esta escala compreende duas subescalas, uma para avaliar a ansiedade e outra para avaliar a depressão. Cada uma delas tem sete itens, cada um deles pontuado de 0 a 3 e a pontuação das subescalas varia entre 0 a 21. O preenchimento deverá ser feito pelo utente, com um tempo de

preenchimento que pode variar entre os dois e os cinco minutos (Pais Ribeiro, 2007).

Em 2002, Bjelland e colegas realizaram uma revisão da literatura que incluiu 747 estudos nos quais a HADS foi utilizada, tendo-se confirmado que se trata de um instrumento psicométrico com bom desempenho na avaliação da ansiedade e depressão e de casos de perturbações da ansiedade e/ou da depressão em indivíduos cujo acompanhamento não é feito em hospitais psiquiátricos. De igual forma, os resultados deste trabalho comprovam a consistência interna e robustez da escala.

A versão portuguesa da HADS surgiu em 2006, após o trabalho desenvolvido por Pais Ribeiro e colaboradores, em que se estudou 1322 doentes com patologias como o cancro, acidente vascular cerebral, epilepsia, diabetes tipo 2, obesidade mórbida, entre outras, comparativamente a um grupo saudável. As conclusões do estudo reforçam a fidelidade e validade do instrumento para a avaliação da ansiedade e depressão, não se verificando alterações nas propriedades métricas relativamente à versão original (Pais-Ribeiro, 2006).

O manual de utilização da escala preconiza a existência de quatro pontos de corte: Normal, caso a pontuação se situe entre 0 e 7; Leve, entre 8 e 10; Moderada, se pontuar entre 11 e 14; e Grave, se a pontuação for entre 15 e 21. Contudo, diversos estudos advogam a utilização e a distinção entre a presença versus ausência de ansiedade e/ou depressão, estando recomendado o ponto de corte 8/9 (Pais Ribeiro, 2007).

Tabela 4 - Fidelidade da HADS

	Alfa de Cronbach	Itens
HADS - Ansiedade	0,751	7
HADS - Depressão	0,571	7
HADS Total	0,804	14

Neste projeto verificou-se que a subescala da ansiedade e a HADS como um todo apresentam valores em linha com o que se considera ser o valor recomendado para se poder considerar o instrumento como aceitável/bom no que diz respeito à sua fidelidade (Pais-Ribeiro, 2006). Apenas a subescala da depressão se apresenta ligeiramente abaixo do valor mínimo recomendado (0,60), o que poderá ser uma consequência do número reduzido da amostra em estudo (Tabela 4).

3.4.2 SF 36

O *Short Form* de 36 itens, em inglês *SF-36 Health Survey*, é um instrumento de medida que avalia o estado geral de saúde dos indivíduos através da resposta a 36 itens, desenvolvido originalmente por Ware & colegas em 1993, com o objetivo de avaliar a saúde tendo por base a definição estipulada pela OMS, ou seja, como um construto multidimensional (Pais-Ribeiro, 2007).

A adaptação cultural e linguística e a respetiva validação para a população portuguesa foram executadas por Pedro Ferreira e publicada em 2000.

Os 36 itens da escala são associados em duas componentes (componente física e componente mental) e agrupam-se em oito dimensões que irão ser exploradas de seguida (Ferreira, 2000; Pais-Ribeiro, 2005):

A *função física* é espelhada através de uma subescala com 10 itens através da qual se pretende avaliar a limitação na execução das AVD's. Uma baixa pontuação traduz uma limitação elevada do indivíduo na execução das AVD's, incluindo as menos exigentes. Por sua vez, uma pontuação elevada significa que o indivíduo realiza, sem limitações decorrentes do seu estado de saúde, todas as atividades, incluindo as mais exigentes.

A subescala do *Desempenho Físico* é constituída por quatro itens e procura compreender se se verifica ou não uma diminuição do trabalho

desempenhado decorrente das limitações físicas do indivíduo. Assim sendo, uma baixa nota na subescala pressupõe uma grande limitação no desempenho das AVD's em consequência da saúde física do indivíduo e uma alta nota pressupõe o contrário.

A *Dor Física* ou *Dor Corporal* é avaliada por dois itens, que permitem explorar a presença de dor, a sua intensidade e impacto no quotidiano dos indivíduos. Quanto mais baixa for a pontuação obtida maior é a intensidade da dor e mais limitado se sente o indivíduo.

A *Saúde em Geral* é uma subescala constituída por cinco itens procurando avaliar a percepção que o indivíduo tem sobre a sua saúde. Uma baixa pontuação é sinónima de uma percepção pouco favorável da sua saúde em que o indivíduo acredita que esta provavelmente irá agravar-se. Por sua vez, caso a pontuação seja elevada o indivíduo acredita que a sua saúde é excelente.

A subescala da *Vitalidade*, constituída por quatro itens, permite identificar mais facilmente as diferenças de bem-estar, incluindo na sua avaliação os níveis de energia e de fadiga. Quanto mais alta for a pontuação, mais enérgico e animado se sente o indivíduo.

A *Função Social* ou *Funcionamento Social* é uma subescala com dois itens, em que se pretende captar a quantidade e qualidade das atividades sociais, bem como o impacto que os problemas físicos e emocionais têm nestas atividades. Quanto mais baixa for a pontuação pior é o desempenho social do indivíduo e maior o impacto que os problemas físicos e emocionais têm.

O *Desempenho Emocional* é avaliado através de três itens, tentando descortinar o impacto dos problemas emocionais na quantidade e qualidade de AVD's desempenhadas. Uma elevada pontuação representa a inexistência de limitações decorrentes dos problemas emocionais.

A subescala da *Saúde Mental* apresenta cinco itens que procuram avaliar a ansiedade, a depressão, a perda de controlo e o bem-estar

psicológico. Quanto mais baixa for a nota, mais nervoso e deprimido se sente o indivíduo.

Por fim, a escala da *Transição ou Mudança de Saúde* tenta discernir qual a visão do indivíduo sobre o grau de mudança em geral na sua saúde. Se a pontuação for baixa, significa que o indivíduo considera que a sua saúde é melhor agora do que há um ano atrás e uma pontuação alta pressupõe o contrário.

Tabela 5 - Fidelidade da SF-36

	Alfa de Cronbach	Itens
Função Física	0,878	10
Desempenho Físico	0,924	4
Desempenho Emocional	0,842	3
Vitalidade	0,750	4
Saúde mental	0,842	5
Função Social	0,578	2
Dor Física	0,937	2
Saúde em geral	0,625	5

Neste projeto verificou-se que as diferentes subescalas apresentam valores em linha com o que se considera ser o valor recomendado para se poder classificar o instrumento como aceitável/bom no que diz respeito à sua fidelidade (Pais Ribeiro, 2010). Apenas a subescala da *Função Social* se apresenta ligeiramente abaixo do valor mínimo recomendado (0,60), o que poderá ser uma consequência do baixo número de itens que constituem essa subescala (Tabela 5).

3.5. PROCEDIMENTO E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A investigação no âmbito das ciências da saúde têm por objetivo compreender as causas, efeitos e evolução das doenças no sentido de melhorar as intervenções preventivas, diagnósticas e terapêuticas. No entanto, esta investigação rege-se segundo padrões éticos que garantem o respeito e a integridade do ser humano (Fortin, Côté & Filion 2009; *World Medical Association*, 2009).

Segundo os princípios da Declaração de Helsínquia, de forma a respeitar os direitos do indivíduo, as considerações éticas deverão ser parte integrante do protocolo de investigação, nas quais se identificam as questões éticas que surgiram e de que forma foram respeitadas (WMA, 2009).

Neste projeto de investigação, após o parecer favorável dado pelo conselho técnico-científico da ESEP, foi efetuado o pedido de autorização para a utilização dos instrumentos psicométricos aos respetivos autores, sendo que as respostas favoráveis podem ser consultadas no anexo II, e simultaneamente foi feita a submissão do projeto à Comissão de Ética para a Saúde de um hospital de nível IV da cidade do Porto. O parecer favorável foi dado a 16 de Abril de 2013 (ANEXO III).

Tendo em conta que no tempo disponível, era impraticável a recolha de dados em contexto de consulta externa e no sentido de evitar custos para os doentes, foi necessário proceder-se a um pedido de alteração ao projeto inicialmente submetido, tendo este sido aprovado a 23 de Maio de 2013 (ANEXO IV).

A adenda ao projeto de investigação pressupunha o contato telefónico a todos os doentes com DPOC e OLD prescrita desde Janeiro a 15 de Maio de 2013, previamente identificados através do serviço de aprovisionamento de um hospital de nível IV da cidade do Porto e com a confirmação do diagnóstico feita através do processo clínico. Para o contato telefónico foi elaborado um guião, devidamente aprovado pela CES, do qual fazia parte a identificação do investigador principal, do projeto de investigação

(englobando os seus objetivos) e o pedido de agendamento da visita domiciliária (ANEXO V).

O Folheto de Informação ao Participante (ANEXO VI) e o documento do Consentimento Informado (ANEXO VII) foram redigidos segundo os pressupostos éticos, descrevendo o objetivo do estudo, os benefícios e riscos esperados, os incômodos decorrentes da investigação e ainda a garantia de confidencialidade e de participação voluntária.

Na visita domiciliária, a leitura do folheto de Informação ao Participante, a recolha do Consentimento Informado e a colheita de dados foi realizada presencialmente pelo investigador principal.

A recolha de dados foi efetuada entre 15 de Maio e 20 de Junho de 2013, a 17 indivíduos que cumpriram os critérios de inclusão referidos anteriormente.

3.6. ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi efetuada através da utilização do programa de análise estatística de dados SPSS® v.20.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

No que diz respeito à análise estatística, as variáveis categóricas são descritas através de frequências absolutas e relativas, as variáveis contínuas são descritas através da média e do desvio padrão ou da mediana e percentis, em função da simetria da sua distribuição.

Para a definição de ansiedade e depressão foi utilizado o valor de corte de 9 (maior ou igual), sendo este o valor mais frequentemente utilizado na literatura consultada.

Foram testadas hipóteses sobre a distribuição de variáveis contínuas com distribuição não normal, através da utilização dos testes não paramétricos de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis, em função da natureza

das hipóteses testadas. Para testar hipóteses sobre a independência de variáveis categóricas foi aplicado o teste de Exato Qui-quadrado.

Em todos os testes de hipóteses foi considerado um nível de significância de $\alpha=5\%$.

3. RESULTADOS

No presente capítulo serão apresentados os resultados do projeto de investigação de uma forma narrativa, comparando e confrontando os resultados entre si (Fortin, Côté & Filion 2009).

A apresentação dos resultados será realizada de forma a respeitar a sequência das questões de investigação definidas anteriormente.

3.1. DEPRESSÃO E ANSIEDADE DOS DOENTES COM DPOC A FAZER OLD

Para responder à primeira questão de investigação: *Qual a prevalência de depressão e ansiedade dos doentes com DPOC a fazer OLD?*, recorreu-se aos resultados obtidos através da aplicação da HADS, utilizando-se como ponto de corte a pontuação de 9 pontos para cada uma das subescalas.

Verificou-se que existe uma prevalência de depressão na amostra em estudo de 0,61% e uma prevalência de ansiedade de 41,2%.

Tabela 6 - Prevalência de Depressão e Ansiedade

N=17	n	(%)
Depressão		
Não	5	(29,4)
Sim	12	(70,6)
Ansiedade		
Não	10	(58,8)

Sim	7	(41,2)
-----	---	--------

3.2. DEPRESSÃO E A ANSIEDADE E AS VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS DO DOENTE COM DPOC E OLD

Após a identificação da problemática de investigação, outra das questões de investigação que surgiu centrava-se na possível relação entre a depressão e a ansiedade e as variáveis psicossociais: *“Que relação existe entre a depressão e a ansiedade e as variáveis psicossociais no doente com DPOC e OLD?”*.

Os resultados do cruzamento de dados, que iremos abordar de seguida, estão detalhados na tabela 7.

Tabela 7 - Relação entre a Depressão e Ansiedade e as variáveis psicossociais

N=17	Depressão		Ansiedade	
	Não n(%)	Sim n(%)	Não n(%)	Sim n(%)
Sexo				
F	1 (25,0)	3 (75,0)	4 (100)	0 (0,0)
M	4 (30,8)	9 (69,2)	6 (46,2)	7 (53,8)
Escolaridade				
0	1 (33,3)	2 (66,7)	1 (33,3)	2 (66,7)
3	0 (0,0)	2 (100)	1 (50,0)	1 (50,0)
4	3 (33,3)	6 (66,7)	6 (66,7)	3 (33,3)
6	0 (0,0)	1 (100)	1 (100)	0 (0,0)
Licenciatura	0 (0,0)	1 (100)	0 (0,0)	1 (100)
Estado Civil				
Solteiro	1 (50,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	1 (50,0)
Casado	3 (33,3)	6 (66,7)	5 (55,6)	4 (44,4)
Viúvo	1 (20,0)	4 (80,0)	4 (80,0)	1 (20,0)

Divorciado	0 (0,0)	1 (100%)	0 (0,0)	1 (100)
------------	---------	----------	---------	---------

No que diz respeito à variável “Sexo”, verifica-se que a depressão é mais prevalente nas mulheres do que nos homens (75% vs. 69,2%), já a ansiedade, pelo contrário é mais prevalente nos homens (53,8% vs. 0%).

Quanto à variável “Escolaridade”, não se verifica uma maior ou menor prevalência de depressão e/ou ansiedade de acordo com o número de anos que o indivíduo frequentou a escola.

Por fim, na variável “Estado Civil”, verifica-se que nos indivíduos solteiros e divorciados a prevalência de depressão e ansiedade nos indivíduos solteiros é igual (50% e 100% respetivamente), já nos indivíduos casados e viúvos há um maior predomínio de depressão do que de ansiedade (66,7% vs. 44,4% e 80% vs. 20% respetivamente).

3.3. DEPRESSÃO E A ANSIEDADE E A ADESÃO DO DOENTE À OLD

Para responder à terceira pergunta de investigação, “Qual a relação entre a depressão e a ansiedade e a adesão do doente à OLD?”, recorreu-se ao teste exato de Pearson. A análise dos dados permite-nos afirmar que, na amostra em estudo, 57,1% dos doentes que apresentam ansiedade não aderem à OLD e 50% dos doentes com depressão não aderem à OLD (Tabela 8). No entanto, e devido ao tamanho reduzido da amostra, nenhum dos resultados apresenta significado estatístico.

Tabela 8 - Relação entre a Depressão e a Ansiedade e a adesão à OLD

N=17	Ansiedade			Depressão		
	Não	Sim		Não	Sim	
	n (%)	n (%)	p ⁵	n (%)	n (%)	P ⁵

⁵ Teste Exato de Pearson

Adesão			0,644		0,102
Não	7 (70,0)	4 (57,1)		5 (100,0)	6 (50,0)
Sim	3 (30,0)	3 (42,9)		0 (0,0)	6 (50,0)

3.4. DEPRESSÃO, ANSIEDADE E A QUALIDADE DE VIDA DO DOENTE COM DPOC E OLD

Para procurar responder à quarta pergunta de investigação que surgiu decorrente da problemática de investigação, “Qual a relação entre a depressão, a ansiedade e a qualidade de vida do doente com DPOC e OLD?”, recorreu-se ao Teste de Mann Whitney.

Parece existir uma relação entre a depressão e as diferentes subescalas e avaliação da qualidade de vida, uma vez que os doentes com depressão apresentam uma mediana mais baixa em todos os parâmetros do que os doentes que não apresentam sintomatologia depressiva (Tabela 9). Na subescala *Saúde Mental*, conseguiu-se inclusivamente atingir significado estatístico apesar da amostra reduzida, demonstrando que a sintomatologia depressiva, avaliada pela HADS, influencia negativamente a qualidade de vida no domínio da saúde mental.

Tabela 9 - Relação entre a Depressão e a Qualidade de Vida

N=17	Depressão		p ⁶
	Não	Sim	
Função Física			0,130
Mediana	30,00	17,50	
Desempenho Físico			0,506
Mediana	31,25	25,00	
Desempenho Emocional			0,234

⁶ Teste de Mann Whitney

Mediana	50,00	37,50	
Vitalidade			0,279
Mediana	43,75	25,00	
Saúde Mental			0,037
Mediana	70,00	50,00	
Função Social			0,234
Mediana	75,00	50,00	
Dor Física			0,799
Mediana	77,50	72,50	
Saúde em Geral			0,234
Mediana	45,00	35,00	

À semelhança do que se verifica com a depressão, também a ansiedade parece estar relacionada com níveis de qualidade de vida mais baixos, já que a mediana dos doentes com sintomatologia ansiosa é mais baixo em todas as subescalas (Tabela 10).

Tabela 10 - Relação entre a Ansiedade e a Qualidade de Vida

N=17	Ansiedade		p ⁷
	Não	Sim	
Função Física			0,018
Mediana	32,50	5,00	
Desempenho Físico			0,170
Mediana	40,63	25,00	
Desempenho Emocional			0,005
Mediana	50,00	33,33	
Vitalidade			0,001
Mediana	37,50	18,75	
Saúde Mental			0,043
Mediana	62,50	30,00	

⁷ Teste de Mann Whitney

Função Social			0,010
Mediana	68,75	25,00	
Dor Física			0,315
Mediana	88,75	42,50	
Saúde em Geral			0,364
Mediana	37,50	35,00	

Os indivíduos que apresentam sintomas de ansiedade, avaliada pela HADS, têm uma qualidade de vida significativamente maior nos domínios da Função Física, Desempenho emocional, Vitalidade, Saúde Mental e Função Social.

4. DISCUSSÃO

A implementação e avaliação deste projeto de investigação permitem-nos, embora de uma forma subjetiva devido ao tamanho reduzido da amostra, identificar alguns aspetos importantes a considerarmos no acompanhamento do doente com DPOC e em particular no acompanhamento do doente com DPOC sob OLD.

Através da caracterização da amostra, podemos verificar que há um predomínio do sexo masculino (76,5%), com idades avançadas (idade média 73,7 anos, DP=11,5 anos), com uma taxa de analfabetismo de 23,5%, e em que a grande maioria se encontra reformada (94,1%).

Estes resultados estão em linha com a literatura, na medida em que a DPOC é uma patologia com predominância nos homens, com início a partir dos 40 anos e que acarreta limitações progressivas na execução das AVD's à medida que aumenta a sua gravidade (GOLD, 2013).

No que diz respeito à prevalência de depressão e ansiedade encontradas, 71% e 41% respetivamente, parecem estar de acordo com a fundamentação científica encontrada (Tabela 11).

Tabela 11 - Prevalência de Depressão e Ansiedade: Comparação com a fundamentação científica

	Depressão (%)	Ansiedade (%)
Projeto de Investigação	71%	41%
Solano, Gomes & Higginson, 2006	37 - 71%	50 - 75%
Maurer <i>et al.</i> , 2008	10 - 42%	10 - 19%
Yohannes, Baldwin & Connolly, 2010	-	>55%

Zhang <i>et al.</i> , 2011	24,6%	-
Lewis <i>et al.</i> , 2012	33%	25%
Karakurt <i>et al.</i> , 2013	69%	36,5%

É importante referir ainda que o trabalho de Lewis e colegas (2012) é o único em que é avaliada a prevalência destas variáveis em doentes que fazem OLD, tendo valores surpreendentemente mais baixos do que as restantes fontes de prova, especificamente no que diz respeito à depressão, já que se acredita que a sua prevalência aumenta com a progressão da doença (Omachi *et al.*, 2009; Zhang *et al.*, 2011).

Quanto à relação entre a Depressão e Ansiedade e a adesão à OLD, chegou-se a resultados contrários aos que aparecem referenciados na literatura consultada (Blumenthal *et al.*, 1982; Bosley *et al.*, 1996; Ciechanowski, Katon & Russo, 2000; Cully *et al.*, 2006; DiMatteo, Lepper & Croghan, 2000; Gudmundson *et al.*, 2005; Katon, 2003; Kunik *et al.*, 2005; Lin *et al.*, 2004; Marcus *et al.*, 1992; Yohannes, Baldwin & Connolly, 2003; Yohannes, Baldwin & Connolly, 2005), na medida em que são mais os doentes sem depressão e sem ansiedade que não cumprem o regime terapêutico do que os que apresentam sintomatologia depressiva ou ansiosa (100% vs. 50% e 70% vs. 57% respetivamente). Estes resultados podem ser uma consequência da elevada taxa de iliteracia, já que 89% da amostra tem quatro ou menos anos de escolaridade, bem como do número reduzido de indivíduos incluídos na amostra, pelo que seria pertinente averiguar este parâmetro em particular com numa amostra mais representativa da população.

Contudo, se tivermos em conta a percentagem geral de doentes que aderem à OLD (39%, 7 indivíduos) e compararmos com o trabalho realizado por Drummond e colegas (2001) num hospital de nível IV da cidade do Porto, no qual apenas 10,7% (297) dos doentes cumpriam o regime terapêutico, verificamos que na amostra em estudo há uma maior adesão à OLD. Parece já ter sido feito um trabalho pelos profissionais de saúde nestes últimos 12 no sentido a melhorar a adesão à OLD.

A análise da relação entre a depressão e a ansiedade e a qualidade de vida dos doentes demonstrou-nos que há uma relação evidente entre a depressão e ansiedade e a diminuição da qualidade de vida dos doentes com DPOC com OLD prescrita, tendo-se inclusivamente atingido significado estatístico em algumas das subescalas, mesmo com uma amostra tão pequena.

No que diz respeito à depressão e ansiedade e a sua relação com a qualidade de vida, conseguiu perceber-se que a depressão influencia negativamente a qualidade de vida, com especial impacto no domínio da saúde mental; e que a ansiedade provoca igualmente um declínio na qualidade de vida dos indivíduos, em particular nos domínios da função física, desempenho emocional, vitalidade, saúde mental e função social. Ou seja, a ansiedade tem uma influência negativa em mais domínios da qualidade de vida do que a depressão.

Os resultados encontrados, ainda que pouco consistentes, acabam por substantiar a afirmação feita previamente sobre a importância da intervenção de uma equipa multidisciplinar no acompanhamento do doente com DPOC, da qual deverá fazer parte o enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, visto que são evidentes níveis elevados de ansiedade e depressão, que impactam negativamente a qualidade de vida do doente.

O apoio no desenvolvimento de estratégias de *coping* adequadas que permitam ao doente gerir da melhor forma o impacto que a sintomatologia progressiva e condicionante tem no seu quotidiano podem certamente ajudar na promoção da saúde mental e consequente promoção da qualidade de vida.

Por outro lado, nos doentes em que já se verifica sintomatologia ansiosa e/ou depressiva, a investigação demonstra que a intervenção do enfermeiro na ansiedade e depressão tem resultados positivos na melhoria da sua qualidade de vida (Ingadottir & Jonsdottir, 2010), advogando a necessidade da promoção de comportamentos facilitadores do processo de transição e apoio no processo de gestão eficaz desta sintomatologia.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do tamanho da amostra que se conseguiu incluir no projeto de investigação ser, de facto, muito reduzido, conseguiu dar-se resposta às questões de investigação propostas, muito embora apenas alguns dos parâmetros tenham atingido significado estatístico.

Este aspeto remete-nos para as limitações que surgiram ao longo do desenvolvimento do projeto, que aparecem sobretudo relacionadas com o tempo disponível para a implementação e elaboração do trabalho, bem como ao tempo despendido para reunir as condições necessárias para poder iniciar-se o projeto.

Estas limitações, com particular destaque para a última identificada, conduziram à necessidade de se efetuarem alterações ao projeto inicialmente estabelecido e solicitar a respetiva emenda à Comissão de Ética para a Saúde (CES).

Outra dificuldade relaciona-se com a recolha de dados, para a qual foi necessário proceder-se a visita domiciliária devido à dificuldade de acesso aos doentes em período de consulta externa no tempo disponível para a recolha de dados, o que resultou numa amostra demasiado pequena.

A realização deste trabalho foi, acima de tudo, uma forma irrevogável de aprofundar e adquirir novos conhecimentos no que diz respeito ao tratamento e acompanhamento do doente com DPOC e começar a descortinar as possíveis intervenções do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria junto destes doentes.

Os resultados deste projeto permitem-nos tirar algumas conclusões bastante interessantes, mas, de igual forma, identificar diversas necessidades de investigação.

Quanto às conclusões, dos parâmetros avaliados sobre os quais havia fundamentação científica prévia, a grande maioria dos resultados é concordante com o esperado. Os pontos avaliados sem fundamentação científica de base provaram levantar algumas questões interessantes

Verificou-se uma elevada prevalência de depressão e ansiedade na amostra em estudo, bem como valores elevados de baixa adesão à OLD.

Na relação entre a Depressão e Ansiedade e a adesão à OLD foram encontrados resultados contrários aos espectáveis, no entanto sem significado estatístico, que podem ser uma consequência do baixo número de participantes.

A análise da relação entre a depressão e a ansiedade e a qualidade de vida dos doentes espelham uma relação clara entre a depressão e ansiedade e a diminuição da qualidade de vida dos doentes com DPOC com OLD prescrita, que consubstancia a necessidade e importância da inclusão do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria na equipa multidisciplinar no acompanhamento ao doente com DPOC.

A elevada taxa de não adesão à OLD (64,7%) enfatiza a necessidade de modificação de comportamentos, que poderá passar pela intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria no domínio da depressão e ansiedade com recurso à informoterapia, técnicas de relaxamento, grupos de auto-ajuda, entrevista motivacional, entre outras.

Era, sem dúvida, necessário reunir uma amostra significativa, que nos permitisse tirar conclusões mais profundas e claras.

No sentido de clarificar os efeitos da intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria junto do doente com DPOC era pertinente desenvolver um projeto de investigação no qual o doente fosse acompanhado em programas psicopedagógicos, que englobem as técnicas descritas acima, podendo fazer-se a comparação das variáveis em estudo antes e após o programa e recorrendo à comparação com um grupo de controlo, o que aliás era o objetivo inicial deste presente projeto.

De qualquer forma, este trabalho representa o primeiro passo no sentido de fundamentar os benefícios do paradigma da psiquiatria de ligação nos serviços de pneumologia para o acompanhamento dos doentes com DPOC, bem como de outras patologias com impacto na saúde mental e qualidade de vida dos doentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. - DSM-IV-R: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. 4ª Edição. Lisboa: *Climepsi*, 2006.
2. ANNESI-MAESANO, I. - Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. *European Respiratory Monograph*, 2006 (38):p.41-70
3. ANTHONISEN, N. [et al.] - Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV₁. The Lung Health Study. *JAMA*, 1994 Nov 16; 272(19):1497-505.
4. BAPTISTA, A. - Perturbações do medo e da ansiedade. Uma perspectiva evolutiva e desenvolvimental. In: I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do desenvolvimento. Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida*. Coimbra: *Quarteto*, 2000.
5. BÁRBARA, C. [et al.] - Prevalência da doença pulmonar obstrutiva crónica em Lisboa, Portugal: Estudo Burden of Obstructive Lung Disease. *Rev Port Pneumol.*, 2013
6. BÁRBARA, C. - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica: patogenia e fisiopatologia. In: Tratado de Pneumologia. Gomes, M.; Sotto-Mayor, R. Lisboa: *Sociedade Portuguesa de Pneumologia*, 2005 p.858-864.
7. BEEH, K.; BEIER, J. - The short, the long and the “ultra long”: why duration of bronchodilator action matters in chronic obstructive pulmonary disease. *Adv. Ther.*, 2010; 27: 150-159.
8. BEHRENDT, C. - Mild and moderate-to-severe COPD in non-smokers. Sisticnt demographic profiles. *Chest* 2005; 128: 1239-44.
9. BERNSTEIN, D. - Anxiety Management. In: Craighead, W.; Kazdin, A.; Mahoney, M. (Eds.) *Behavior Modification. Principles, issues, and applications* (p. 205-222). Boston: *Houghton Mifflin Company*, 1981.
10. BJELLAND, I. [et al.] - The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an update literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 2002; 52: 69-77.
11. BLUMENTHAL, J. [et al.] - Physiological and psychological variables predict compliance to prescribed exercise therapy in patients recovering from myocardial infarction. *Psychosom Med.*, 1982 Dec; 44(6):519-27.
12. BORGES, M. [et al.] - Carga tabágica atribuível ao tabagismo em Portugal. *Rev Port Pneumol*, 2009; XV (6):951-1004.
13. BOSLEY, C. [et al.] - Psychological factors associated with use of home nebulized therapy for COPD. *Eur Respir J.*, 1996 Nov; 9(11):2346-50.
14. BRACONNIER, A. - Manual de psicopatologia. Manuais universitários 51. Lisboa: *Climepsi Editores*, 2007.
15. BRAMAN, S. - ACCP Pulmonary Medicine Board Review: 25th edition. Northbrook: *American College of Chest Physicians*, 2009.

16. CAFARELLA, P. [et al.] - Management of depression and anxiety in COPD. *Eur Respir Monogr*, 2013; 59: 144-163.
17. CALVERLEY, P. [et al.] - Combined salmeterol and fluticasone in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial. *Lancet*, 2003; 361(9356):449-56.
18. CALVERLEY, P. [et al.] - Reported pneumonia in patients with COPD: findings from the INSPIRE study. *Chest*, 2011; 139(3):505-12.
19. CALVERLEY, P. [et al.] - Salmeterol and fluticasone propionate and survival in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*, 2007; 356(8):775-89.
20. CAO, Z. [et al.] - Frequent hospital readmissions for acute exacerbation of COPD and their associated factors. *Respirology*, 2006 Mar; 11(2):188-95.
21. CASABURI, R. [et al.] - Improvement in exercise tolerance with the combination of tiotropium and pulmonary rehabilitation in patients with COPD. *Chest*, 2005; 127: 809-17.
22. CAZZOLA, M.; MOLIMARD, M. - The scientific rationale for combining longacting β_2 -agonists and muscarinic antagonists in COPD. *Pulm Pharmacol Ther*, 2010; 23, 257-267.
23. CAZZOLA, M.; DONNER, C.; HANANIA, N. - One hundred years of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Respir Med*, 2007. 101(6): p. 1049-65.
24. CELLI, B. [et al.] - Airway obstruction in never smokers: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Med*, 2005; 118:1364-72.
25. CIECHANOWSKI, P.; KATON, W.; RUSSO, J. - Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Arch Intern Med*, 2000 Nov 27; 160(21):3278-85.
26. CRIM, C. [et al.] - Pneumonia risk in COPD patients receiving inhaled corticosteroids alone or in combination: TORCH study results. *Eur Respir J*, 2009; 34(3):641-7.
27. CULLY, J. [et al.] - Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease and comorbid anxiety or depression. *Psychosomatics*, 2006 Jul-Aug; 47(4):312-9.
28. DIAS, C. - Oxigenoterapia de longa duração no domicílio. *Medicina Interna*, 1999; Vol. 6, N. 4.
29. DIMATTEO, M.; LEPPER, H.; CROGHAN, T. - Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med*, 2000 Jul 24; 160(14):2101-7.
30. DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. - Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição da Oxigenoterapia. *Norma de Orientação Clínica Nr. 018/2011*, 28 de Setembro de 2011. [Em linha] [Consult. a 03 de Dezembro de 2012] Disponível em WWW:
[URL:http://www.dgs.pt/?mid=5005&codigoms=0&cn=7467AAAAAAAAAAAA](http://www.dgs.pt/?mid=5005&codigoms=0&cn=7467AAAAAAAAAAAA)
[AAAAAAAAAAAA](#)
31. DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. - Programa Nacional para as Doenças Respiratórias: Orientações Programáticas. 5 de Setembro de 2012. [Em linha] [Consult. a 03 de Dezembro de 2012] Disponível em WWW: <http://www.dgs.pt/>

32. DOLL, H.; MIRAVITLLES, M. - Health-related QOL in acute exacerbations of chronic bronchitis and chronic obstructive pulmonary disease: a review of the literature. *Pharmacoeconomics*, 2005; 23(4):345-63.
33. DRUMMOND, M. [et al.] - Prescrição e uso de oxigenoterapia de longa duração- situação actual no distrito do Porto. *Rev Port Pneum*, 2001; VII; 3:297-303.
34. EISNER, M. [et al.] - Influence of anxiety on health outcomes in COPD. *Thorax*, 2010; 65:229-34.
35. EISNER, M. [et al.] - An official American Thoracic Society public policy statement: Novel risk factors and the global burden of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*, 2010; 182:693-718.
36. FERREIRA, P. - Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte I - Adaptação Cultural e Linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 2000; 13: 55-66.
37. FERREIRA, P. - Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte II - Testes de Validação. *Acta Médica Portuguesa*, 2000; 13: 119-127.
38. FLETCHER, M.; DAHL, B. - Expanding nursing practice in COPD: key to providing high-quality, effective, and safe patient care? *Prim Care Respir J*, 2013 [ahead of print].
39. FONSECA, A. - Psiquiatria e psicopatologia. Vol. I. Lisboa: *Fundação Calouste Gulbenkian*, 1988.
40. FORTIN, M.; CÔTÉ, J.; FILION, F. - Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: *Lusodidacta*, 2009.
41. FUNDAÇÃO DO PULMÃO - Relatório 2012: A sociedade, o cidadão e as doenças respiratórias. Lisboa: *Observatório Nacional das Doenças Respiratórias*, 2012.
42. GARVEY, C. - Depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Postgrad Med*, 2012; 124: 101-109.
43. GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD) - Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Updated 2013. [Em linha] [Consult. a 15 de Fevereiro de 2015] Disponível em WWW: <http://www.goldcopd.org/>
44. GUDMUNDSSON, G. [et al.] - Risk factors for rehospitalisation in COPD: role of health status, anxiety and depression. *Eur Respir J*, 2005 Sep; 26(3):414-9.
45. HANANIA, N. [et al.] - Determinants of depression in the ECLIPSE chronic obstructive pulmonary disease cohort. *Am J Respir Crit Care Med*, 2011; 183:604-11.
46. HELMERSEN, D. [et al.] - Risk Factors. In: *Comprehensive Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Bourbeau, J; Nault, D.; Borycki, E. Editors. London: *BC Decker Inc*, 2002.
47. HERMAN, B. - The evolution of health-related quality of life assessment in epilepsy. *Quality of life Research*, 1995; 4: 87-95.
48. HNIZDO, E. [et al.] - Airflow obstruction attributable to work in industry and occupation among U.S. race/ethnic groups: a study of NHANES III data. *Am J Int Med*, 2004; 46:126-35.
49. HOLDEN, L. [et al.] - Psychological distress is associated with a range of high-priority health conditions affecting working Australians. *Aust NZ J Publ Health*, 2010; 34: 304-310.

50. HOLM, K. [et al.] - Family factors are associated with psychological distress and smoking status in chronic obstructive pulmonary disease. *Gen Hosp Psychiatry*, 2010 Sep-Oct; 32(5):492-8.
51. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2. Geneva: ICN, 2011.
52. INGADOTTIR, T.; JONSDOTTIR, H. - Partnership-based nursing practice for people with chronic obstructive pulmonary disease and their families: influences on healthrelated quality of life and hospital admissions. *J Clin Nurs*, 2010; 19:2795-805.
53. JENNINGS, J. [et al.] - The association between depressive symptoms and acute exacerbations of COPD. *Lung*, 2009 Mar-Apr; 187(2):128-35.
54. KARAKURT, P.; ÜNSAL, A. - Fatigue, anxiety and depression levels, activities of daily living of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Nurs Pract*, 2013 Apr; 19(2):221-31.
55. KATON, W. - The Institute of Medicine "Chasm" report: implications for depression collaborative care models. *Gen Hosp Psychiatry*, 2003 Jul-Aug; 25(4):222-9.
56. KATZ, P. [et al.] - The impact of disability on depression among individuals with COPD. *Chest*, 2010 Apr; 137(4):838-45.
57. KESSLER, R. [et al.] - Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 2005; 51:8-19.
58. KIM, I. [et al.] - Functional impairment in COPD patients: the impact of anxiety and depression. *Psychosomatics*, 2000; 41: 465-471.
59. KOLOTKIN, R. [et al.] - The relationship between health related quality of life and weight loss. *Obesity Research*, 2001; 564-571.
60. KUNIK, M. [et al.] - Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest*, 2005; 127:1205-11.
61. LACASSE, Y. [et al.] - Meta-analysis of respiratory rehabilitation in chronic obstructive pulmonar disease. *Lancet*, 1996; 348:1115-9.
62. LACASSE, Y. [et al.] - Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonar disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 2006:CD003793.
63. LACASSE, Y.; BERNARD, S.; MALTAIS, F. - Evidence-based oxygen therapy: missed and future opportunities. *Rev Port Pneumol*, 2012 Nov-Dec; 18(6):257-9.
64. LAMPRECHT, B. [et al.] - COPD in never smokers: results from the population-based burden of obstructive lung disease study. *Chest*, 2011; 139:752-63.
65. LEWIS, K. [et al.] - Prevalence of anxiety and depression in patients with severe COPD: similar high levels with and without LTOT. *COPD*, 2007 Dec; 4(4):305-12.
66. LIN, E. [et al.] - Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care*, 2004 Sep; 27(9):2154-60.
67. LOU, P. [et al.] - Prevalence and correlations with depression, anxiety, and other features in outpatients with chronic obstructive pulmonary disease in China: a cross-sectional case control study. *BMC Pulm Med*, 2012 Sep 10; 12:53.

68. MACNEE, W. - ABC of chronic obstructive pulmonary disease. Pathology, pathogenesis and pathophysiology. *British Medical Journal*, 2006. 332: p.1202-1204.
69. MAHLER, D. [et al.] - Concurrent use of indacaterol plus tiotropium in patients with COPD provides superior bronchodilation compared with tiotropium alone: a randomised, double-blind comparison. *Thorax*, 2012 Sep; 67(9):781-8.
70. MANNINO, D. [et al.] - Chronic obstructive pulmonary disease surveillance-United States, 1971-2000. *MMWR Surveill Summ*, 2002; 51:1-16.
71. MARCUS, M. [et al.] - Lifetime prevalence of major depression and its effect on treatment outcome in obese type II diabetic patients. *Diabetes Care*, 1992 Feb; 15(2):253-5.
72. MATHESON, M. [et al.] - Biological dust exposure in the workplace is a risk factor for chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*, 2005; 60:645-51.
73. MATOS, M.; CARDOSO, J.; MELO, I. - Trocas Gasosas. In: Tratado de Pneumologia. Gomes, M; Sotto-Mayor, R. Lisboa: *Sociedade Portuguesa de Pneumologia*, 2005 p.177-192.
74. MAURER, J. [et al.] - Anxiety and depression in COPD: current understanding, unanswered questions, and research needs. *Chest*, 2008; 134:43S-56S.
75. MCCLOSKEY, S. [et al.] - Siblings of patients with severe chronic obstructive pulmonary disease have a significant risk of airflow obstruction. *Am J Respir Crit Care Med*, 2001; 164:1419-24.
76. MEDICAL RESEARCH COUNCIL WORKING PARTY - Long term domiciliary oxygen therapy in chronic hypoxic cor pulmonale complicating chronic bronchitis and emphysema. *Lancet*, 1981; 1:681-685.
77. MIRAVITLLES, M. [et al.] - Factors determining the quality of life of patients with COPD in primary care. *Ther Adv Respir Dis*, 2007 Dec; 1(2):85-92.
78. NG, T. [et al.] - Depressive symptoms and chronic obstructive pulmonary disease: effect on mortality, hospital readmission, symptom burden, functional status, and quality of life. *Arch Intern Med*, 2007; 167:60-7.
79. NICI, L. [et al.] - American Thoracic Society/European Respiratory Society statement on pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med*, 2006;173:1390-413.
80. NIEWOEHRER, D.; WILT, T. - Inhaled corticosteroids for chronic obstructive pulmonary disease: a status report. *Am J Respir Crit Care Med*, 2007; 175: 03-104.
81. NOCTURNAL OXYGEN THERAPY TRIAL GROUP - Continuous or nocturnal oxygen therapy in hypoxemic chronic obstructive lung disease. *Ann Intern Med*, 1980; 93:391-398.
82. OBRADOVIC, L. [et al.] - Symptoms of anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Pneumologia*, 2012 Apr-Jun; 61(2):92-6.
83. OMACHI, T. [et al.] - Depression and health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Med*, 2009 Aug; 122(8): 778.e9-15.
84. PAIS-RIBEIRO, J. - O Importante é a Saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde - SF-36. 1ª Edição. Lisboa: *Merck Sharp & Dohme*, 2005.
85. PAIS-RIBEIRO, J. - Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde. 3ª Edição. *Legis Editora/ Livpsic Psicologia*, 2010.

86. PAIS-RIBEIRO, J. - Introdução à psicologia da saúde. 2ª Edição. Coimbra: *Quarteto Editora*, 2007.
87. PAIS-RIBEIRO, J. - A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: Cruz, J.; Jesus, S.; Nunes, C. (Coords.). Bem-Estar e Qualidade de Vida (p. 31-49). Alcochete: *Textiverso*, 2009.
88. PAIS-RIBEIRO, J. - Avaliação em psicologia da saúde: Instrumentos publicados em português; Coimbra: *Quarteto Editora*, 2007.
89. PAIS-RIBEIRO, J. - Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 2006; 1-13.
90. PETRONILHO, F. - Preparação do regresso a casa: evolução da condição de saúde do doente dependente no auto cuidado e dos conhecimentos e capacidades do membro da família prestador de cuidados, entre o momento da alta e um mês após domicílio. Coimbra: *Formasau*, 2007.
91. PRESCOTT, E., LANGE, P., VESTBO, J. - Socioeconomic status, lung function and admission to hospital for COPD: results from the Copenhagen City Heart Study. *Eur Respir J*, 1999; 13:1109-14.
92. PRICE, D. [et al.] - Risk-to-benefit ratio of inhaled corticosteroids in patients with COPD. *Prim Care Respir J*, 2013 Mar; 22(1):92-100.
93. PUHAN, M. [et al.] - Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 2001 Oct 5;(10):CD005305.
94. PUTMAN-CASDORPH, H.; MCCRONE, S. - Chronic obstructive pulmonary disease, anxiety, and depression: state of the science. *Heart Lung*, 2009 Jan-Feb; 38(1):34-47.
95. QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. - Manual de investigação em ciências sociais. 4ª ed. Lisboa: *Gradiva Publicações*, 2008.
96. RIES, A. [et al.] - Pulmonary Rehabilitation: Joint ACCP/AACVPR Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*, 2007; 131:4S-42S.
97. RODRIGUES, F. - Limiting factors of exercise capacity in patients with COPD. *Rev Port Pneumol*, 2004; 10(1): p. 9-61.
98. RODRIGUES, F. - Limiting factors of exercise capacity in patients with COPD. *Rev Port Pneumol*, 2004; 10(1): p. 9-61.
99. RUIZ, J.; CUADRADO, A., RODRIGUEZ, J. - Transtorno de angustia. Crises de pânico y agoraphobia en atención primaria. Barcelona: *Masson*, 2000.
100. SCHANE, R. [et al.] - Prevalence and risk factors for depressive symptoms in persons with chronic obstructive pulmonary disease. *J Gen Intern Med*, 2008 Nov; 23(11):1757-62.
101. SENIOR, R; ATKINSON, J. - Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Epidemiology, Pathophysiology, and Pathogenesis. In: Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders, Fishman, A. et al., Editors. New York: *McGrawHill Medical*, 2008; p. 707-727.
102. SOLANO, J.; GOMES, B; HIGGINSON, I. - A comparasion of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonar disease and renal disease. *J Pain Symptom Manage*, 2006; 31: 58-69.

103. SRIDHAR, M. [et al.] - A nurse led intermediate care package in patients who have been hospitalised with an acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*, 2008; 63:194-200.
104. STOLLER, J.; ABOUSSOUAN, L. - Alpha1-antitrypsin deficiency. *Lancet*, 2005; 365:2225-36.
105. TAVARES, A. - Métodos e técnicas de planeamento em saúde. 2ª ed. Lisboa: *Departamento de Recursos Humanos*, 1992.
106. TRUPIN, L. [et al.] - The occupational burden of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J*, 2003; 22:462-9.
107. VAN MANEN, J. [et al.] - Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. *Thorax*, 2002 May; 57(5):412-6.
108. VILELAS, J. - Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento. 1ª Edição. Lisboa: *Edições Sílabo*, 2009.
109. WEDZICHA, J. [et al.] - The prevention of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations by salmeterol/fluticasone propionate or tiotropium bromide. *Am J Respir Crit Care Med*, 2008; 177(1):19-26.
110. WHOQOL GROUP - Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 1993; 2: 153-159.
111. WHOQOL GROUP - Development of the WHOQOL: rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 1994; 23: 24-56.
112. WHOQOL GROUP - Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field Trial Version December 1996. Program on Mental Health. Geneva: *World Health Organization*, 1996.
113. WILKINSON, G., MOORE, B.; MOORE, P. - Guia Prático do Tratamento da Depressão. Lisboa: *CLIMEPSI*, 2005.
114. WILLGOSS, T. [et al.] - "Everything was spiraling out of control": experiences of anxiety in people with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart Lung*, 2012 Nov-Dec; 41(6):562-71.
115. WOOD-BAKER, R. [et al.] - Clinical trial of community nurse mentoring to improve self-management in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 2012; 7:407-13.
116. WOOD-DAUPHINEE, S.; KUCHLER, T. - Quality of life as a rehabilitation outcome: are we missing the boat? *Canadian Journal of Rehabilitation*, 1992; 6 (1): 3-12.
117. WORLD HEALTH ORGANIZATION - Depression. 2009. 5 de Setembro de 2012. [Em linha] [Consult. a 23 de Março de 2013] Disponível em WWW: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/.
118. WORLD HEALTH ORGANIZATION - World Health Statistics. Geneva: *WHO*, 2008.
119. WORLD MEDICAL ASSOCIATION INC. - Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. *J Indian Med Assoc*, 2009 Jun; 107(6):403-5.
120. YOHANNES, A. [et al.] - Quality of life in elderly patients with COPD: measurement and predictive factors. *Respir Med*, 1998 Oct; 92(10):1231-6.

121. YOHANNES, A.; BALDWIN, R.; CONNOLLY, M. - Mood disorders in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles. *Int J Geriatr Psych*, 2010; 25: 1209-1221.
122. YOHANNES, A.; BALDWIN, R.; CONNOLLY, M. - Predictors of 1-year mortality in patients discharged from hospital following acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Age Ageing*, 2005 Sep; 34(5):491-6.
123. YOHANNES, A.; BALDWIN, R.; CONNOLLY, M. - Prevalence of sub-threshold depression in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2003 May; 18(5):412-6.
124. ZAGONEL, I. - Cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. [Em linha]. (1999) [Consult. 5 Novembro 2010]. Disponível em WWW: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>.
125. ZAKRISSON, A. [et al.] - Nurse-led multidisciplinary program for patients with COPD in primary health care: a controlled trial. *Prim Care Respir J*, 2011; 20:427-33.
126. ZHANG, M. [et al.] - Prevalence of depressive symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Gen Hosp Psychiatry*, 2011; 33: 217-223.
127. ZIMMERMAN, M.; MCDERMUT, W.; MATTIA, J. - Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatients with major depressive disorder. *Am J Psychiatry*, 2000 Aug; 157(8):1337-40.

ANEXOS

3.7. ANEXO I - QUESTIONÁRIO PARA RECOLHA DE DADOS

Impacto da Depressão e Ansiedade na Adesão do doente com DPOC à OLD

Parte I

Data: _____

Nome: _____ Código: _____

Morada: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____

Outros: _____

Variáveis Psicossociais:

- Data de Nascimento: __/__/__
- Género: _____
- Profissão: _____
- Escolaridade: _____
- Estado Civil: _____

Variáveis Clínicas:

- Data desde Diagnóstico: __/__/__
- Data desde OLD: __/__/__
- Contexto da Prescrição: _____
 - ☐ Consulta _____
 - ☐ Internamento
 - ☐ SU
- Tipo de OLD:
 - ☐ Concentrador
 - ☐ Gasoso
 - ☐ Líquido
- Interface:
 - ☐ Óculos Nasais
 - ☐ Sonda Nasal
 - ☐ Máscara Facial
 - ☐ Máscara Nasal
- Nr de Horas OLD _____

Parte II - ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR⁸

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço em baixo da resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

Quase Sempre	Muitas Vezes	Por vezes	Nunca
3	2	1	0

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

Tanto como antes	Não tanto agora	Só um pouco	Quase nada
0	1	2	3

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

Sim e muito forte	Sim, mas não muito forte	Um pouco, mas não me aflige	De modo algum
3	2	1	0

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

Tanto como antes	Não tanto como antes	Muito menos agora	Nunca
0	1	2	3

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

A maior parte do tempo	Muitas Vezes	Por vezes	Quase Nunca
3	2	1	0

⁸ Pais-Ribeiro, J. [et al.] - Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 2007; 12(2), 225-237.

6. Sinto-me animado/a:

Nunca	Por vezes	De vez em quando	Quase sempre
3	2	1	0

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

Quase Sempre	Muitas Vezes	Por vezes	Nunca
0	1	2	3

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:

Quase Sempre	Muitas Vezes	Por vezes	Nunca
3	2	1	0

9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:

Nunca	Por vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
0	1	2	3

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:

Completamente	Não dou a atenção que devia	Talvez cuide menos que antes	Tenho o mesmo interesse de sempre
3	2	1	0

11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:

Muito	Bastante	Não muito	Nada
3	2	1	0

12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

Tanto como antes	Não tanto como antes	Bastante menos agora	Quase Nunca
0	1	2	3

13. De repente, tenho sensações de pânico:

Muitas Vezes	Bastantes Vezes	Por vezes	Nunca
3	2	1	0

14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:

Muitas Vezes	De vez em quando	Por vezes	Quase Nunca
0	1	2	3

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Parte III - SF 36⁹

Por favor responda a cada uma das perguntas. Algumas perguntas são parecidas, mas de facto são diferentes.

Não tenha pressa em responder, e responda às questões cuidadosamente, assinalando no quadro abaixo a resposta que melhor representa a sua opinião.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:				
Óptima	Muito Boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral atual:				
Óptima	Muito Boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quando?			
	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras da mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escadas	1	2	3

⁹ FERREIRA, P. - Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte I – Adaptação Cultural e Linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 2000; 13: 55-66.

FERREIRA, P. - Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte II – Testes de Validação. *Acta Médica Portuguesa*, 2000; 13: 119-127.

e. Subir um lance de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1Km	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros	1	2	3
i. Andar uma centena de metros	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

<p>4. Durante as últimas quatro semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde física? Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...</p>					
	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminui o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2	3	4	5
d. Tive dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas quatro semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminui o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume	1	2	3	4	5

6. Durante as últimas quatro semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas quatro semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas quatro semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?				
Absolutamente nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem permitem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...					
	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade emocional (tal como visitar amigos ou familiares próximos?)				
Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes informações:					
	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencida que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5

3.8. ANEXO II - AUTORIZAÇÃO DOS AUTORES PARA A UTILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS PSICOMÉTRICOS



**Centro de Estudos
e Investigação em Saúde
da Universidade de Coimbra**



rimas@fe.uc.pt
ceisuc@fe.uc.pt

Coimbra, 30 de Julho de 2013

Ex.ma Senhora:

Em resposta ao pedido que me formalizou é com todo o prazer que envio a versão portuguesa do instrumento de medição SF-36 (*MOS Short Form Health Survey – 36 Item - version 2*) para aplicar no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar. Este instrumento permite (i) medir e avaliar o estado de saúde de populações e indivíduos com ou sem doença; (ii) monitorizar doentes com múltiplas condições; (iii) comparar doentes com condições diversas; e (iv) comparar o estado de saúde de doentes com o da população em geral.

A sua validação e a obtenção dos valores normais encontram-se nas seguintes referências:

- Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação cultural e linguística. *Acta Med Port.* 2000 Jan-Abr; 13(1-2): 55-66.
- Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II – Testes de validação. *Acta Med Port.* 2000 Mai-Jun; 13(3): 119-27.
- Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN. Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* 2013; 30(2): 163-171.

Mais informação sobre as características desta medida poderá encontrar em

<http://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/Lista/Instrumentos/SF36>

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Carta enviada por correio eletrónico

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
Av. Dias da Silva, 165; 3004-512 Coimbra • Portugal
Tel./Fax (+351) 239 790 507

RE: Pedido de autorização para utilização da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

De: **José Luis Pais Ribeiro** (jlpr@fpce.up.pt) Pelos vistos esta mensagem foi movida noutro programa (como o Outlook). Se não a moveu, tente verificar as definições antispam do programa.

Enviada: quinta-feira, 2 de Maio de 2013 14:21:48

Para: Patrícia Mota (patricia_mota0912@hotmail.com)

Não me oponho à utilização da versão em Português que traduzi, estudei e adaptei para a população portuguesa

José Luís Pais Ribeiro
jlpr@fpce.up.pt
mobile phone: (351) 965045590
web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

De: Patrícia Mota [patricia_mota0912@hotmail.com]

Enviado: quinta-feira, 2 de Maio de 2013 10:48

Para: José Luis Pais Ribeiro

Assunto: Pedido de autorização para utilização da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

Bom dia Sr. Prof. Doutor Pais Ribeiro,

Como falamos ao telefone, no âmbito da minha Tese de Mestrado a decorrer na Escola Superior de Enfermagem do Porto, subordinada ao tema "Depressão e Ansiedade em doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC): implicações na adesão à Oxigenoterapia de Longa Duração (OLD)" e com a orientação da Prof. Doutora Teresa Rodrigues (ESEP) e do Prof. Doutor João Carlos Winck (Pneumologia do Hospital de S. João) gostaria de lhe solicitar a autorização para a utilização da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar.

Desde já muito obrigada pela sua disponibilidade.

Fico a aguardar a sua resposta.

Com os melhores cumprimentos,

Patrícia Mota

--

<https://dub121.mail.live.com/mail/PrintMessages.aspx?cpids=3b059b52-b32b-11e2-a...> 30-07-2013

3.9. ANEXO III - PARECER FAVORÁVEL DA CES: PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Mota, Patricia

From: Comissão de Ética <comissao.etica@hsjoao.min-saude.pt>
Sent: quarta-feira, 17 de Abril de 2013 15:27
To: Mota, Patricia
Subject: Aprovação da CES e autorização do CA
Attachments: 42-13.pdf



Exma. Sra. Enf.ª Patrícia Mota

Em anexo envio parecer e aprovação da CES e autorização do Conselho de Administração.

Com os melhores cumprimentos,

Pedro Brito
(*Comissão de Ética para a Saúde*)

M: +351 913 341 546
T: +351 225 512 126
F: +351 225 512 126

Centro Hospitalar São João
Alameda Professor Hernâni Monteiro
4200-319 Porto

CE3 42-13

bea r/ pasc
paul pc

1/1/14

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar de S. João – EPE

AUTORIZADO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO REUNIÃO Nº 16 ABR 2013

Presidente do Conselho de Administração

Procurador Geral

Procurador Geral Adjunto

Procurador Geral Adjunto

Procurador Geral Adjunto

Procurador Geral Adjunto

Procurador Geral Adjunto

Procurador Geral Adjunto

Procurador Geral Adjunto

Procurador Geral Adjunto

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

Nome do Investigador Principal: Patrícia Sofia Caldeira Mota

Título do projecto de investigação: Depressão e Ansiedade em doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC): implicações na adesão à Oxigenoterapia de Longa Duração (OLD)

Pretendendo realizar no Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de S. João – EPE o projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 11 / Janeiro / 2013

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

Patrícia Sofia Caldeira Mota

Comissão de Ética para a Saúde do HSJ

Parecer

Projeto de investigação intitulado “Depressão e Ansiedade em doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC): implicações na adesão à Oxigenoterapia de Longa Duração (OLD)”.

Estudo que se propõe vir a ser desenvolvido no Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar São João EPE (CHSJ) pela Lic^a Patrícia Sofia Caldeira Mota, estudante de mestrado.

Do ponto de vista científico, o estudo visa : a) descrever a depressão e a ansiedade em doentes com DPOC a fazer OLD; b) analisar a relação entre a depressão e a ansiedade e a adesão do doente OLD; c) analisar a relação entre a depressão e a ansiedade e as variáveis psicossociais; d) comparar a depressão e a ansiedade antes e após a intervenção psicopedagógica; comparar a depressão e a ansiedade entre os grupos caso-controlo; e) analisar a relação entre a depressão, a ansiedade e a qualidade de vida.

Como previstos benefícios sugerem-se os que possam resultar de um melhor conhecimento da doença por parte do doente. Como incómodos prevêem-se os que são inerentes a uma deslocação adicional ao serviço para participação na sessão psicopedagógica.

Está prevista a realização de questionários, devidamente validados e dos quais se apresentam as respetivas cópias, nos quais será salvaguardada a confidencialidade dos dados.

Está previsto o acesso ao processo clínico dos doentes pelo elo de ligação que é o professor João Winck.

Está prevista a obtenção de consentimento informado que está associado a uma informação escrita para o participante, que é esclarecedora sobre as questões éticas relevantes.

A investigadora dispõe da competência científica para a realização do estudo, que está autorizado pelo diretor do Serviço participante, professor Agostinho Marques.

O estudo não é financiado. Os dados obtidos não serão propriedade exclusiva do promotor e estão definidos critérios de publicação dos resultados.

Não está previsto o ressarcimento aos participantes pelas deslocações, *que se justificaria na medida em que pelo menos uma deslocação adicional será necessária, especificamente para a participação neste estudo. A informação relativa ao não ressarcimento aos participantes pelas deslocações deverá ser incluída na folha de informação ao participante.*

Não se prevê a existência de seguro, o qual, face à natureza do estudo, é dispensável.

Em face da análise do protocolo proponho que a sua aprovação pela CES do CHSJ fique dependente da resposta da investigadora à questão em itálico.

Porto, 24 de Janeiro de 2013

relator



Manuel Pestana
NEFROLOGIA
19937

7. SEGURO

a. Este estudo/projecto de investigação prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?

SIM ☐ (Se sim, junte, por favor, cópia da Apólice de Seguro respectiva)

NÃO ☐

NÃO APLICÁVEL ☒

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Patrícia Sofia Patrícia Dpl,
abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo no decurso do actual internamento ou da mesma consulta.

Porto, 11 / Janeiro / 2013

A Comissão de Ética para a Saúde tendo aprovado o parecer do Relator, aguarda que o Investigador/Promotor esclareça as questões nele enunciadas para que possa emitir parecer definitivo.

Patrícia Sofia Patrícia Dpl

O Investigador Principal

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO	
emitido na reunião plenária da CES de	<p><i>Considero que os riscos são mínimos e a intervenção é altamente benéfica para os participantes no tratamento de e.d.</i></p>
	<p>A Comissão de Ética para a Saúde APROVA por unanimidade o parecer do Relator, pelo que nada tem a opor à realização deste projecto de investigação.</p> <p><i>22.3.02.11</i></p>

3.10. ANEXO IV - PARECER DA CES: ADENDA DO PROJETO

Mota, Patricia

From: Comissão de Ética <comissao.etica@hsjoao.min-saude.pt>
Sent: sexta-feira, 24 de Maio de 2013 11:20
To: Mota, Patricia
Subject: Aprovação de Adenda ao Protocolo 42-13
Attachments: Adenda 42-13.pdf



Exma. Sra. Enf.ª Patrícia Mota

Em anexo envio aprovação da Adenda ao Protocolo 42-13.

Com os melhores cumprimentos,

Pedro Brito
(*Comissão de Ética para a Saúde*)

M: +351 913 341 546
T: +351 225 512 126
F: +351 225 512 126

Centro Hospitalar São João
Alameda Professor Hernâni Monteiro
4200-319 Porto

Pedido de alteração do protocolo

Tem o projecto a data de entrega prevista para 31 de Julho de 2013 e tendo em conta o facto de não existir uma consulta específica de Oxigenoterapia de Longa Duração, a recolha de dados em tempo oportuno está inteiramente condicionada. Assim sendo, são necessárias algumas alterações ao protocolo de investigação anteriormente aprovado pela CES.

Para a conclusão atempada do projecto de investigação com o tema "Depressão e Ansiedade em doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC): implicações na adesão à Oxigenoterapia de Longa Duração (OLD)" será necessário a identificação dos doentes com OLD prescrita entre Fevereiro e Maio de 2013 (intervalo temporal que se supõe ser o suficiente para obter uma população que garanta uma amostra com relevância estatística) através dos registos de prescrição de OLD do serviço de aprovisionamento do Hospital de São João. Os doentes com critérios de inclusão (DPOC e OLD prescrita entre Fevereiro e Maio de 2013) serão contactados por telefone para apresentação do projecto e pedido de participação no estudo. Tendo em vista o menor transtorno e encargo possível para os utentes que aceitem participar no estudo (deslocações adicionais ao hospital, absentismo laboral do doente e/ou familiar/prestador de cuidados, alimentação, etc.), será agendada uma visita ao domicílio, ou outro local que o utente considere oportuno e conveniente, para a aplicação dos questionários seleccionados anteriormente.

Desta forma, solicito a V. Exas. a validação das alterações realizadas ao protocolo e a autorização em tempo útil para a recolha de dados no serviço de aprovisionamento e contactos com os doentes.

Atentamente,

*Fui face a análise de alteração proposta
a aprovação pela CES do CTS*

Patricia
23.05.2013

Patricia Sofia Caldeira Mota

3.11. ANEXO V - GUIÃO PARA ENTREVISTA TELEFÓNICA

Informação ao participante por telefone

Bom(boa) dia(tarde) Sr. (Nome do Utente), está a ser contactado(a) para o(a) convidar a participar voluntariamente num projeto de investigação para avaliar as implicações que a depressão e a ansiedade têm na forma como faz o oxigénio de longa duração que lhe foi recomendado pelo seu médico.

Este estudo será da responsabilidade de Patrícia Sofia Caldeira Mota, licenciada em enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem do Porto, no seguimento da elaboração da tese de mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, a qual pressupõe a realização de um projeto de investigação que está a ser desenvolvido no Serviço de Pneumologia do Hospital de S. João.

A sua participação é voluntária, o que significa que tem toda a liberdade para decidir se quer ou não participar no estudo.

Tem também todo o direito de abandonar o estudo em qualquer momento, e sem qualquer motivo, sem que isso afete o seu tratamento médico habitual ou a qualidade do tratamento que receberá, deverá apenas informar o(a) seu(sua) médico(a) ou o investigador.

Se optar por não participar, o tratamento que recebe habitualmente para a sua doença e a relação com o(a) seu(sua) médico(a) não serão de forma alguma afetados.

O objetivo deste estudo é avaliar as implicações que a depressão e a ansiedade têm na forma como faz o oxigénio de longa duração que lhe foi recomendado pelo seu médico e de que forma o contexto em que lhe foi prescrito o oxigénio influencia a ansiedade e depressão e/ou o número de horas que faz de oxigénio, pelo que seria necessário a aplicação de dois questionários.

Para que não tenha que se deslocar ao hospital, proponho que a avaliação seja feita num local que considere oportuno (domicílio ou outro) em data e horário previamente marcado. O(a) sr.(a) está de acordo? Quando lhe é conveniente marcarmos a reunião?

Desde já muito obrigada pela sua disponibilidade e colaboração.

3.12. ANEXO VI - FOLHETO DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Informação ao Participante

Está a ser convidado(a) a participar voluntariamente num projecto de investigação para avaliar as implicações que a depressão e a ansiedade têm na forma como faz o oxigénio de longa duração que lhe foi recomendado pelo seu médico.

Antes de aceitar participar neste estudo, precisa de saber quais os riscos e quais os benefícios a que se sujeita, bem como o que a sua participação implica para poder tomar uma decisão consciente. A este processo chama-se obter o “Consentimento Informado”, o qual deverá assinar, se decidir participar no estudo, após conhecer os detalhes do projecto.

A sua participação é voluntária, o que significa que tem toda a liberdade para decidir se quer ou não participar no estudo.

Tem também todo o direito de abandonar o estudo em qualquer momento, e sem qualquer motivo, sem que isso afecte o seu tratamento médico habitual ou a qualidade do tratamento que receberá, deverá apenas informar o(a) seu(sua) médico(a) ou o investigador.

Se optar por não participar, o tratamento que recebe habitualmente para a sua doença e a relação com o(a) seu(sua) médico(a) não serão de forma alguma afectados.

Este estudo será da responsabilidade de Patrícia Sofia Caldeira Mota, licenciada em enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem do Porto, no seguimento da elaboração da tese de mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, a qual pressupõe a realização de um projecto de investigação.

Objectivos e Condução do Estudo

O objectivo deste estudo é avaliar as implicações que a depressão e a ansiedade têm na forma como faz o oxigénio de longa duração que lhe foi recomendado pelo seu médico e de que forma o contexto em que lhe foi prescrito o oxigénio influencia a ansiedade e depressão e/ou o número de horas que faz de oxigénio.

Para que não tenha que se deslocar ao hospital, a avaliação será feita num local que considere oportuno (domicílio ou outro) em data e horário previamente agendado com o investigador. Nessa avaliação ser-lhe-á pedido que responda a alguns questionários.

Benefícios Esperados e Riscos Possíveis

Não são esperados benefícios diretos decorrentes da participação no estudo. De igual forma, não é esperado qualquer tipo de risco.

Incómodos derivados da participação

Para a realização deste estudo será agendada uma reunião com o investigador principal em conformidade com a sua disponibilidade, pelo que se solicita que esteja disponível na data e hora marcada. Caso surja algum imprevisto que o impossibilite a estar presente na reunião, solicita-se que entre em contacto com o investigador para o informar do mesmo e remarcar.

Confidencialidade e tratamento de dados pessoais

Os dados pessoais dos participantes no estudo, incluindo a informação médica ou de saúde recolhida ou criada como parte do e (tais como registos médicos ou resultados de questionários), serão utilizados para a condução do estudo, designadamente para fins de investigação científica.

Ao dar o seu consentimento à participação no estudo, a informação a si respeitante, designadamente a informação clínica, será utilizada da seguinte forma:

1. O hospital e o investigador envolvido no estudo recolherão e utilizarão os seus dados pessoais para as finalidades acima descritas. Os investigadores poderão ainda obter informação médica a si respeitante, que seja relevante para o propósito do estudo, junto dos seus médicos ou prestadores de cuidados de saúde.

2. A sua identidade não será revelada em quaisquer relatórios ou publicações resultantes deste estudo.
3. Todas as pessoas ou entidades com acesso aos seus dados pessoais estão sujeitas a sigilo profissional.
4. Nos termos da lei, tem o direito de, através de um dos médicos envolvidos no ensaio/estudo, solicitar o acesso aos dados que lhe digam respeito, bem como de solicitar a rectificação dos seus dados de identificação.
5. Tem ainda o direito de retirar este consentimento em qualquer altura, por qualquer forma expressa ou tácita, o que implicará que deixe de participar no estudo. Se possível, notifique o investigador de que retirou este consentimento. No entanto, os dados recolhidos ou criados como parte do ensaio até essa altura que não o(a) identifiquem poderão continuar a ser utilizados para o propósito do estudo, nomeadamente para manter a integridade científica do estudo e a sua informação não será removida do arquivo.

Contacto do Investigador

Caso tenha dúvidas, pode contactar o investigador principal através do número de telefone 919998397.

3.13. ANEXO VII - CONSENTIMIENTO INFORMADO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

*Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

Depressão e Ansiedade em doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC): implicações na adesão à Oxigenoterapia de Longa Duração (OLD)

Eu, abaixo-assinado, _____
_____, declaro não ter participado em nenhum outro projecto de investigação durante este internamento/consulta, tendo compreendido a explicação que me foi fornecida acerca do meu caso clínico e da investigação que se tenciona realizar. Foi-me ainda dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método, o tratamento ou o inquérito proposto pelo investigador.

Data: ____ / ____ / 201__

Assinatura do doente: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura: